

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

**Estrategias de intervención educativa en odontología
dirigida a escolares con deficiencia auditiva**

TESIS

para optar el grado de Cirujano Dentista

AUTOR

Helens Lucinda Pinto Pazos

Lima-Perú

2009

A mis padres por hacerme tan afortunada de ser suya.

A mi familia por amarme tanto

A la Dra. Anita por ser mi ejemplo.

INDICE:

I.- INTRODUCCIÓN.....	4
II.- MARCO TEÓRICO	
2.1.- Antecedentes.....	7
2.2.- Bases teóricas	
2.2.1.- Educación en salud.....	12
2.2.2.- El paciente discapacitado.....	13
2.2.3.- Técnicas de comunicación de los pacientes con deficiencia auditiva.....	16
2.2.4.- Técnicas educativas y aprendizaje de los pacientes con deficiencia auditiva.....	21
2.2.5.- Cavidad oral en el paciente con deficiencia auditiva.....	25
2.3.- Planteamiento del problema.....	29
2.4.- Justificación.....	29
2.5.- Objetivos	
2.5.1.- Objetivo general.....	30
2.5.2.- Objetivos específicos.....	30

2.6.- Hipótesis.....	30
2.7.- Operacionalización de variables.....	31
III.- MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1.- Tipo de estudio.....	32
3.2.- Población y muestra.....	32
3.3.- Materiales.....	33
3.4.- Métodos	
3.4.1- Procedimiento y técnicas.....	34
3.4.2.- Recolección de datos.....	41
IV.- RESULTADOS.....	44
V.- DISCUSIÓN.....	65
VI.- CONCLUSIONES.....	68
VII.- RECOMENDACIONES.....	69
VIII.-RESUMEN.....	70
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
X.- ANEXOS.....	74

VIII.- RESUMEN

En el campo de la investigación de la efectividad de programas de promoción de salud oral, el propósito del trabajo fue evaluar el impacto de un programa preventivo durante 7 semanas. La población de estudio fueron niños con deficiencia auditiva en edades comprendidas entre 8 y 13 años del centro de educación básica especial “La Sagrada Familia” del distrito de Magdalena, en la ciudad de Lima, de noviembre a diciembre del 2008, la muestra fue de tipo no probabilístico intencional. Como instrumento de recolección de datos se creó una ficha de ejercicios lúdicos “ODONTO TEST” elaborada especialmente para el proyecto, contenía los temas de todo el programa de modo que la evaluación fue general y también por áreas de conocimiento, se realizó un programa de actividades educativas a todos los niños, recibieron y participaron en todos los juegos y/o técnicas didácticas diseñadas y recibieron los conocimientos de nueve temas escogidos: elementos anatómicos de la cavidad bucal, importancia de los dientes, dieta, hábitos de higiene, caries dental, hábitos deletéreos, flúor, sellantes y consultorio dental. Las sesiones se efectuaron una vez por semana, cada una fue de 20 minutos, luego se pasó a las técnicas participativas con reconocimientos de actitudes respecto a los temas, empleando 10 minutos, los 30 restantes fueron dedicados a diferentes juegos en la población examinada. El análisis de los resultados fue hecho mediante la prueba estadística de Wilcoxon, y permite señalar que es estadísticamente significativa concluyendo que la intervención educativa -lúdica produce un aumento en el nivel de conocimientos de salud bucal en pacientes escolares con deficiencia auditiva.

SUMMARY

In the field of the investigation of the effectiveness of programs of promotion of oral health, the purpose of the work was to evaluate the impact of a preventive program during 7 weeks. The study population was children with auditory deficiency in ages understood between 8 and 13 years of the center of special basic education "The Sacred Family" of Magdalena's district, in the city of Lima, of November to December of the 2008, the sample was not of type intentional probabilístico. As instrument of gathering of data you creó a record of exercises lúdicos "ODONTO TEST" elaborated especially for the project, contained the topics of the whole program so the evaluation was general and also for areas of knowledge, he/she was carried out a program of educational activities to all the children, they received and they participated in all the games and/or technical didactic designed and they received the knowledge of nine chosen topics: anatomical elements of the buccal cavity, importance of the teeth, diet, habits of hygiene, decay dental, deleterious habits, fluorine, sellantes and dental clinic. The sessions were made once per week, each one was of 20 minutes, then he/she spent to the technical participativas with recognitions of attitudes regarding the topics, using 10 minutes, the 30 remaining they were dedicated to different games in the examined population. The analysis of the results was made by means of the statistical test of Wilcoxon, and it allows to point out that it is statistically significant concluding that the educational intervention - lúdica produces an increase in the level of knowledge of buccal health in school patients with auditory deficiency.

I.- INTRODUCCIÓN:

La educación de la salud es una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios de comportamiento que conducen a una mejora de salud, existen varios modelos de educación para la salud pero el modelo que cubre mejor las expectativas en la actualidad es el modelo socio-ambiental el cual tiene como propósito cambiar de ambiente para facilitar la elección de estilos de vida más saludables. El enfoque educativo debe ser funcional, debe estar relacionado con los problemas que los miembros de la comunidad enfrentan diariamente y por lo tanto debe estar orientado a entender mejor los problemas de salud, discutir sus orígenes y analizar la mejor manera de solucionarlos.

La escuela es el lugar donde se encuentran grupos homogéneos al que se debe dedicar la educación para la salud , en ella los niños tienen desarrolladas sus capacidades cognitivas al máximo y donde se encuentran en una edad en la que están ansiosos por adquirir habilidades y conocimientos, y donde además existe mayor riesgo para desarrollar problemas dentales.

Teniendo en cuenta que después de los 7 años los niños muestran un cambio notable en las actividades sociales, el juego es una de las técnicas para captar la atención y motivar su participación en las actividades de enseñanza y con la cual se puede lograr un mayor aprendizaje. Hay que tener en cuenta que es más importante un juego que induzca a pensar, a tomar decisiones rápidas, a compartir, el saber hacer de la población y del trabajador de salud bucal.

Es fundamental usar un lenguaje sencillo con contenidos gráficos apropiados a cada edad, así como la utilización de recursos existentes en la comunidad.

Los recursos alcanzados en la modificación de los conocimientos son favorecidos por la forma en que se imparte en el grupo. El trabajo en grupos requiere más tiempo que el trabajo individual pero los efectos psicológicos positivos son mayores.

Pacientes con necesidades especiales son aquellos individuos que presentan enfermedades y/o condiciones que requieren atención diferenciada por presentar alteraciones mentales, físicas, sensoriales, orgánicas y/o sociales de comportamiento. Estos sujetos tienen pocas oportunidades vitales para encontrarse en situaciones problemáticas genuinas y también tiene restringido el campo de las soluciones propias por lo cual para una persona con discapacidad llegar a ser autónoma es muy difícil no solo a raíz de su problema sino de todo lo que influye en el camino de su crecimiento.

Uno de los principios de la educación especial es considerar la personalidad en su conjunto (percepción, cognición, emoción, motivación, y socialización) no centrarse solamente en la discapacidad se deben usar metodologías que permitan procesos de enseñanza y aprendizaje individualizados aprovechando las circunstancias que permitan el trabajo conjunto.

El término sordomudo es un estigma con el que la sociedad ha definido tradicionalmente a las personas con deficiencia auditiva, responde a la idea de una supuesta incapacidad a comunicarse por medio de una lengua. Sin embargo estas personas tiene su propia lengua, la lengua de los signos, y mediante una educación adecuada acceden al lenguaje oral en sus formas escritas y en función de las circunstancias individuales, hablado. Por tanto la expresión “mudo” es incorrecta.

La atención estomatológica a los pacientes con discapacidad, en este caso discapacidad sensorial, es limitada ya que muchos de estos profesionales no llegan a atender las necesidades diferenciadas que presentan, el abordaje de un niño con deficiencia auditiva debe ser enfocada a su vínculo psico-social y en la importancia de técnicas para crear el vínculo entre profesional-padres-paciente, estas estrategias utilizadas mejorarán el nivel de conocimiento sobre salud bucal, lo cual desembocará directamente en el mejoramiento de la misma.

II.- MARCO TEÓRICO:

2.1.- ANTECEDENTES:

BELLOSO Nelsy (1998) Se realizó un ensayo experimental de amplitud limitada para comprobar la efectividad del programa de educación de salud en 296 niños de dos unidades escolares, una pública y una privada, en Maracaibo-Venezuela. Se utilizaron dos métodos: instrucción-supervisión e instrucción-supervisión-reforzamiento-estimulación. La hipótesis establece que el reforzamiento de conducta y la motivación generan cambios en las condiciones de salud gingival pero en forma diferenciada dependiendo de sus características psicosociales, el programa incluye examen clínico, enseñanza continua de las técnicas de cepillado, charlas de reforzamiento a los niños padres y maestros, en ambos colegios se observó una mejora de salud gingival estadísticamente significativa.

LIMONTA VIDAL Elena del Rosario (2000): Se realizó un estudio de intervención grupal educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 123 alumnos del tercer grado de Santiago de Cuba, para lo cual se aplicó un cuestionario de 20 preguntas relacionadas con higiene bucal, caries, enfermedad periodontal, dieta, flúor y hábitos deformantes, que sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción. Se garantizó la participación de todos los niños en el programa denominado "SALUD BUCAL" que incluía 6 reuniones apoyada en técnicas participativas y retroalimentadas a través del juego, el 94,3% de los niños tenían un conocimiento inadecuado antes de la labor educativa, tres meses más tarde se les volvió a aplicar el cuestionario y el 87,9% obtuvo la categoría de adecuado, los cambios observados antes y después de las reuniones fueron altamente significativas, pues se aplicó un proceder que garantizó la cohesión, la comunicación, la motivación y el cambio positivo en el nivel de conocimiento en la responsabilidad con su propia salud y la adaptación de estilos de vida saludables.

LEON MARTINEZ, Nancy (2001): Realizó un estudio para determinar la experiencia de caries dental en 50 niños con deficiencia auditiva entre los 3 y 17 años en Caracas- Venezuela, se realizó una encuesta socioeconómica a apoderado previo al examen clínico, el cual fue evaluado utilizando los índices de CPOD y ceto, que arrojaron los siguientes resultados: 70% careados, 23% perdidos y 7% obturados. El 46,2% de los niños estudiados pertenecen a una población que recibe un salario mínimo pero acude a instituciones privadas para la atención de salud oral de emergencia, de lo que se deduce la escasez de instituciones públicas que atiendan a la población con discapacidad. El componente caries del índice CPOD en niños con deficiencia auditiva, representa un alto porcentaje, en el grupo con menor ingreso familiar, por lo cual es imperiosa la necesidad de proporcionar una adecuada promoción de la salud oral y acceso a servicios dentales.

CASTILLO J. (2001): Realizó un estudio comparativo de intervención educativa para comprobar que el juego es una alternativa para la enseñanza de conceptos básicos de salud, se incluyó 300 niños de 9-11 años divididos en dos grupos. Se aplicó un cuestionario estandarizado de 10 preguntas de respuesta cerrada previa a la intervención.

Se aplicó la intervención educativa que consiste en jugar una versión modificada de "serpientes y escaleras" que consta de 100 recuadros con mensajes sobre salud bucal, hábitos alimenticios, hábitos higiénicos y prevención. Después de la intervención educativa, la calificación media fue de 9,3 +/- 0,8 puntos para el grupo A, frente a 7,5 +/- 1,1 para el grupo B, los resultados de este estudio muestran que la utilización de un juego popular en el que se incluyeron mensajes sobre salud e higiene es una herramienta útil en la enseñanza de los conceptos básicos de salud en la población infantil.

FERREIRA AMORIM De OLIVEIRA Larissa (2004): Se realizó un estudio para evaluar la efectividad del programa de educación y motivación de higiene bucal dirigido a 50 pacientes portadores de necesidades especiales con edades entre 7 y 12 años de la ciudad de Aracajú. Los escolares fueron sometidos a un sistema de actividades y métodos educativos para prevención de caries dental y enfermedad periodontal, utilizando palestras educativas auxiliadas por recursos audiovisuales, macromodelos y macrocepillos, juegos educativos, evidenciación de placa bacteriana, cepillado supervisados procurando promover la participación de los profesores de la escuela y los padres de los niños.

La eficiencia de este programa dependió de la participación de los padres y profesores, pues esos niños por poseer capacidades intelectuales y habilidades motoras diferenciadas dependen del estímulo, motivación y orientación de su responsable. Se puede observar que hubo eficacia del proyecto porque los resultados obtenidos fueron estadísticamente significativos ya que el índice de placa bacteriana antes de la realización del programa fue alto en todas las deficiencias analizadas, y después del proyecto todas las deficiencias tuvieron valores medios.

ROMERO MENDEZ, Ybelisse (2005): Se realizó un estudio para evaluar el impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal aplicado durante un año y medio a 186 niños del estado de Carabobo, a quienes se evaluó por observación directa el índice de higiene oral y caries dental. En la etapa de promoción de la salud se enfatizó en la importancia y significado de los dientes, cepillo dental, caries y dieta balanceada, a través de títeres, charlas, videos, juegos educativos y teatro, el índice de higiene oral inicial de 0,59 decrece a 0,20 manteniéndose en el reglón de bueno y las piezas libres de caries pasaron de 54,08% a 70,43%, por lo que finalmente se concluye que la prevención efectiva mejora la condición de salud bucal de la población infantil.

REYES TOLEDO Lilian (2005-2006): Se realizó un estudio de intervención educativa pre-experimental en 72 niños de sexto grado con el propósito de elevar su educación buco-dental. Se aplicaron cuestionarios con las variables de interés, las que se obtuvieron por el método de encuesta, al inicio y al final de la intervención en la cual se discutieron temas de higiene bucal, orientación dietética, hábitos deformantes y enfermedad gingival, desarrollando diferentes técnicas educativas a través de juegos, canciones, cuentos, demostraciones, dramatizaciones, adivinanzas, completamiento de frases y medios audiovisuales como láminas, afiches y software.

Antes de la intervención ningún niño practicaba adecuadamente el cepillado ni conocía el momento oportuno para efectuarlo, luego de recibir las actividades el 91,7% ya conocen dicha técnica, se observó también diferencias significativas de lo que conocían antes y después de la información.

ALVAREZ MONTERO, Carmen (2006): Se realizó un estudio en el que se analiza la integración del componente educativo-recreativo-asociativo en las estrategias de promoción de la salud en 32 niños en Maracaibo- Venezuela, evaluando caries inicial y manifiesta e índices de placa y gingival. Se procedió a una evaluación clínica antes y después de implementar las estrategias, para facilitar el aprendizaje se emplearon técnicas expositivas, dinámicas grupales, actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal. La re-significación de los conceptos en salud bucal y las conductas observables se vieron afectadas positivamente, el índice de placa disminuyó de 1,12 a 0,59 lo que es atribuido a las múltiples estrategias utilizadas por lo cual se concluye que este programa educativo busca que el niño aprenda, se apropie de conceptos, actitudes y prácticas en salud bucal que le signifiquen realmente mejorar su calidad de vida.

BELTRAN TELLEZ, Yanina (2006) Se realizó un estudio de intervención grupal educativa en 43 escolares de cuarto grado en Guantánamo-Cuba. Se realizaron 45 técnicas grupales y juegos didácticos que integraron el programa SONRISA SANA, los niños fueron subdivididos en 7 grupos para garantizar la participación de todos, se realizaron 6 reuniones en las cuales se tocaron temas como: importancia de los dientes, cepillado dental, caries, enfermedad gingival dieta, flúor y hábitos deformantes, fueron utilizados recursos como: exposición oral, interrogatorio, charlas, discusión de grupo, demostración, dramatización y juegos didácticos, el nivel de información general sobre salud bucal antes de la intervención fue adecuado en un 11,6% y después de la intervención educativa fue 97,6 % , se demostró que aplicando los juegos educativos se crece en conocimientos, aunque no cambiamos los estilos de vida. El juego posee un carácter social educativo y una forma de reflejo creador de la realidad, alegra a individuo, lo complace y convierte esa realidad en algo más importante.

2.2 BASES TEORICAS:

2.2.1 EDUCACIÓN EN SALUD

“La educación del paciente es un acto terapéutico”. No es “educación para el tratamiento sino educación como tratamiento” (4).

Entendemos por educación el proceso intencional por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando los conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar, según éstas, sus comportamientos a la realidad.

La educación para la salud fue definida por la OPS y la OMS como un campo especial de las ciencias de la salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Esta educación interacciona de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria, y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos. Ahora la educación para la salud abarca un concepto más amplio dando énfasis en la prevención, la que se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía, crear una actitud positiva para el cambio de un comportamiento, desarrollar una habilidad de auto cuidado, promover el cambio de un estilo de vida poco saludable, dicho de otra manera, se mueve en un amplio campo que va desde fortalecer o modificar, según el caso, los estilos de vida de los individuos o grupos más vulnerables, hasta capacitar a la población para que defienda sus espacios y alcanzar salud y calidad de vida, por eso decimos que en la educación para la salud participan varias disciplinas claramente diferenciadas como las ciencias de la salud, de la conducta, de la educación y de la comunicación.(3)

En los problemas de salud bucal es necesario incidir con acciones de auto cuidado desde la niñez, debido a que las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad y una vez declaradas no tienen curación espontánea, sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta.

2.2.2 EL PACIENTE DISCAPACITADO

El paciente discapacitado deficiente ó pacientes especiales, son aquellos que por largos periodos de tiempo, por condiciones físicas, mentales o sensoriales están limitados de una participación completa en las actividades normales de su grupo de edad, incluyendo aquellas de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional.

Con conceptos establecidos podemos ser capaces de adaptar los diferentes procedimientos odontológicos existentes y adoptar acciones para satisfacer las necesidades que se crean aledañas a las deficiencias, discapacidades y minusvalía.

DEFICIENCIA: Cuando un órgano no funciona al 100% pero aún cumple la función para la cual está preparado.

DISCAPACIDAD: El órgano es incapaz de realizar la función para la que está preparado y su rendimiento está por debajo de los valores aceptados como normales.

MINUSVALIA: La discapacidad ha llevado al paciente a la disminución de su autoestima y socialmente se siente marginado.

Dentro de la discapacidad sensorial encontramos la discapacidad auditiva, relacionada con la disminución en la sensación auditiva.

2.2.2.1 Concepto de deficiencia auditiva:

Las personas con deficiencia auditiva son aquellas a quienes el sentido del oído no les funciona para las actividades cotidianas. Se dividen en dos tipos, que se definen por el tiempo en que se produjo la deficiencia de audición:

- **Congénitos:** con deficiencia auditiva al nacer.
- **Adventicios o adquiridos:** nacieron con oído normal pero éste se lesionó por enfermedad o accidente.

2.2.2.2 Clasificación de la deficiencia auditiva:

- **Leve** (deficiencia de 20 a 40 decibeles). La incapacidad es ligera, hay percepción global del habla, interfiere poco en el desarrollo y requiere poca ayuda.
- **Parcial o media** (deficiencia de 40 a 70 decibeles). Habitualmente requieren amplificación combinada con lectura de labios, suelen utilizar audífonos.
- **Grave o severa** (deficiencia de 70 a 90 decibeles). Los entrenamientos auditivos y de dicción deben iniciarse temprano, la amplificación puede ser útil si se complementa con lectura labial.
- **Profunda** (deficiencia de 95 decibeles y más). Para la percepción del lenguaje cobran especial importancia las vías vibrátiles y visuales. Generalmente suelen oír algunos sonidos si son amplificados. Es necesario un entrenamiento temprano e intensivo en la lectura labial y otras técnicas como la comunicación digital o lenguaje de señas. (2)

Las personas con deficiencias de audición de leve a moderada, en el rango de 20-70 decibeles, son incapaces de entender todas las palabras durante los niveles conversacionales normales.

En cuanto a la localización de la pérdida, la sordera se puede clasificar en:

- **Conductiva:** lesión a nivel del oído medio
- **Sensoneuronal:** se afecta el caracol y las vías centrales.

Clasificación de la sordera según edad y factor causal

- Congénita o adquirida
- Hereditaria: Infecciones víricas
- Prenatal :Toxicidad farmacológica
- Perinatal: Meningitis
- Traumatismos en el área del temporal

Causas de deficiencias auditivas:

- **Prenatales:**

- ❖ Enfermedades hereditarias
- ❖ Malformaciones Congénitas
- ❖ Rubéola
- ❖ Sífilis
- ❖ Citomegalovirus
- ❖ Toxoplasmosis
- ❖ Medicamentos ototóxicos
- ❖ Toxemia – Diabetes
- ❖ Irradiación

- **Perinatales o transnatales:**

- ❖ Hipoxia
- ❖ Trauma obstétrico
- ❖ Infección materna
- ❖ Meningitis
- ❖ Mastoiditis
- ❖ Medicamentos ototóxicos
- ❖ Prematuridad
- ❖ Bajo peso < 1500g

- **Postnatales**

- ❖ Infecciones
- ❖ Medicamentos ototóxicos
- ❖ Sarampión parotiditis
- ❖ Trauma acústico
- ❖ Ictero

2.2.3 TECNICAS DE COMUNICACIÓN DE LOS PACIENTES CON DEFICIENCIA AUDITIVA

La comunicación es el medio por el cual podemos compartir ideas unos con otros, muchas personas creen que para comunicarse solamente se debe utilizar el lenguaje oral. Pero la comunicación ocurre cuando usted entiende a otras personas y ellos lo entienden a usted, sin necesariamente hablar.

Los pacientes con deficiencias auditivas, tienen diversos canales de comunicación alternativos al lenguaje oral, de modo que exista una interrelación con el mundo exterior, estos métodos son:

- **Lenguaje de señas:** Los niños con deficiencia auditiva tienen una predisposición natural a adquirir el lenguaje de señas; pero sólo lo adquirirán si en su medio es utilizado, sino sólo desarrollarán una serie limitada de gestos. La importancia del lenguaje de señas como medio de educación entre los deficientes auditivos debe ser reconocida y debería ser proporcionado para asegurar que todas las personas con esta discapacidad tengan acceso a la educación en general, en este caso a la educación para la salud oral.
- **Gesticulación y habla:** Lo padres emplean su propia lengua para comunicarse con su hijo, con lo que hay mayor naturalidad y estimulan la audición del niño en situaciones reales de comunicación, facilitan la creación de huellas auditivas, refuerzan su mimo-gestualidad natural para ayudar a la comprensión, hacen que el niño ponga atención en la boca para desarrollar la lectura labial.

- **Lectura de labios:** Es uno de los medios por el cual el paciente con deficiencias auditivas puede percibir el mundo exterior, pero no se trata únicamente de descifrar el movimiento de los labios sino que se utilizan también los dientes, la lengua y el movimiento de los maxilares, por tanto la lectura labial es mas facial que labial propiamente. (1)
- **Lectura:** La lectura en el paciente con deficiencias auditivas se convierte en un instrumento extraordinario de autonomía, pero de suma dificultad, cuando el niño sordo se dispone a iniciar el aprendizaje de la lectura lo hace de la misma manera que el niño oyente, pero con una serie de diferencias sustanciales: pobreza de vocabulario, escaso conocimiento de la estructura sintáctica, dificultades en el acceso al código fonológico y limitación en su capacidad predictiva, inferencial y organizadora. Estos factores resultan siendo de gran trascendencia para un buen ejercicio lector, por ende debe estimularse y ser guiada para que se lleve a buen término su aprendizaje.
- **Escritura:** A las personas que sufren de deficiencias auditivas, sobre todo profundas, se les dificulta poder expresarse por un medio escrito en un lenguaje que no es el suyo y en el que no están acostumbrados a comunicarse.

Características más sobresalientes de la escritura en el sordo:

1. Frases muy simples y cortas
 2. Las frases tienen más palabras de contenido (nombres y verbos) y un número menor de palabras función (artículos, preposiciones, conjunciones, etc)
 3. Una gran pobreza de vocabulario
 4. Uso inadecuado de tiempo en las frases, errores de concordancia de género, número y persona.
 5. Dificultad para utilizar frases compuestas, uso escaso de pronombres, desorden de ideas, mala posición de los párrafos.
 6. Incorrecta utilización de signos de puntuación.
 7. Frases estereotipadas.
 8. Son frecuentes los errores de omisión, sustitución, adición y cambios en el orden de las palabras.
-
- **Uso de gráficos:** El campo visual es un medio esencial para el paciente con deficiencias auditivas y el uso de gráficos utilizado para su educación representa un alto porcentaje de éxito, en la consulta odontológica pueden usarse los siguientes tipos de apoyos visuales:
 - Rotafolios
 - Posters
 - Maquetas
 - Pizarras

El lenguaje, elemento íntimamente ligado al desarrollo simbólico y cognitivo, es una herramienta clave que nos permite representar mentalmente la información, así como planificar y controlar nuestra conducta. Por tanto, es posible afirmar que este retraso irá superándose paulatinamente a medida que el niño adquiera e interiorice un código lingüístico que le permita además acceder a la comunicación e interacción social. Este punto pone de manifiesto la importancia que tiene el aprendizaje de la Lengua de Signos por parte del niño con deficiencia auditiva desde los primeros años, ya que, además de ser la lengua natural de la comunidad deficiente auditiva y al ser considerada como un auténtico lenguaje, el acceso al lenguaje oral no es posible hasta aproximadamente los seis ó siete años, e incluso resultará imposible para algunos grados de esta deficiencia.

Las dificultades de comunicación e interacción que puede encontrar el niño sordo en su relación con el medio que le rodea determinarán en mayor o menor medida una serie de implicaciones para su desarrollo cognitivo, las cuales tendrán que ser consideradas de cara a su proceso de enseñanza-aprendizaje con objeto de compensar y responder a las necesidades particulares que presenten cada uno de estos niños:

- El menor conocimiento del entorno que tienen y su dificultad para acceder al mundo de los sonidos, del cual se deriva la necesidad de tener experiencias directas y una mayor información de lo que sucede en su entorno,
- La dificultad de representar la realidad a través de un código oral, por lo que surge la necesidad de un código lingüístico de representación,

- La entrada de información se produce por vía visual, lo que tiene como consecuencia la necesidad de recurrir primordialmente a estrategias visuales aprovechando también otros canales.

El entorno del niño con deficiencia auditiva se aboca a atender las necesidades corporales, del órgano biológico afectado y las consecuencias de no oír. La visión sesgada ha tenido influencias en la visión que tienen de sus hijos, el niño es visto como portador de una enfermedad, “la sordera” e ignoran las potencialidades y posibilidades que le brinda la aceptación de la adquisición temprana de una lengua, que ellos pueden aprender. En los primeros años, el niño con deficiencia auditiva habrá de expresarse con el cuerpo, como portador de un mensaje a expresar. La infancia transcurre en familias que no advierten el dolor psíquico, las crisis afectivas, como parte de las necesidades del desarrollo de un niño. Y si algo de esto advierten serán atribuidas a causa de la deficiencia auditiva.

El propio método oralista recomienda la utilización de diversos complementos visuales, desde el gesto natural, hasta las imágenes, videos didácticos, programas en CD.ROM o programas de ordenador para facilitar la lectura labio facial.

Se ha de considerar también las implicaciones sociales y afectivas producidas por la falta de comunicación que lleva aparejada la deficiencia, puesto que las situaciones de aislamiento y las dificultades a las que el paciente con deficiencias auditivas se enfrenta en su desarrollo lingüístico y cognitivo repercuten negativamente en el proceso de integración, relación social y en el desarrollo afectivo de las personas que lo rodean. De esta forma, la interacción social de la persona con deficiencias auditivas se va a ver afectada.

2.2.4 TECNICAS EDUCATIVAS Y APREDIZAJE DE LOS PACIENTES CON DEFICIENCIA AUDITIVA:

Teniendo en cuenta que los órganos sensoriales proporcionan información importante que incide en un desarrollo evolutivo adecuado de la persona, hay que considerar que el aislamiento y la falta de información a que se ve sometida ésta por causa del déficit auditivo pueden representar implicaciones importantes para su desarrollo intelectual, lingüístico, social y emocional. Por ello la valoración de la evolución cognitiva del alumnado con sordera es indispensable, junto a la de su desarrollo comunicativo y lingüístico, para las adaptaciones educativas y escolares necesarias.

El desarrollo psíquico y lingüístico de la persona con deficiencia auditiva nos proporciona información de las necesidades educativas comunes a todas las criaturas afectadas, a la gran variedad interindividual existente entre ellas, incluso en grupos del mismo grado y tipo de pérdida, y, en definitiva, a la gran influencia que en esta diversidad tiene los factores educativos.

Se constata la inexistencia de una relación establecida entre deficiencia auditiva y desarrollo intelectual, lo que si se presenta es cierto retraso respecto al momento de adquisición de determinadas nociones, cabe destacar que el retraso no es homogéneo sino que hay dimensiones cognitivas más afectadas que otras.

Bruner utilizó el concepto de andamiaje para definir aquellos procesos sociales en el que la persona adulta dirige al niño mediante pequeños pasos incomprensibles hasta la construcción de conocimientos, la deficiencia auditiva obstaculiza la formación de tales andamiajes y esta es la principal causa de retraso cognitivo que presenta parte del alumnado deficiente auditivo (2).

La criatura que presenta deficiencia auditiva se beneficia del juego estructurado, ello es importante para prever sesiones de inducción al juego enfocadas en la educación, en este caso educación sobre salud oral. Hay que identificar las dimensiones del juego simbólico en que la criatura presenta más deficiencias para establecer criterios educativos que las potencien. Por lo que es de capital importancia la utilización de complementos visuales para ayudar a planificar las distintas fases y situaciones del juego, supliendo la función que tiene el lenguaje en la anticipación con imágenes y gestos.

El juego es esencial para el desarrollo físico, cognitivo, lingüístico, psíquico, y emocional del niño e indispensable para la construcción de su identidad. A través de ese espacio y tiempo: se refuerzan, amplían y favorecen los vínculos interpersonales, grupales y el conocimiento del mundo que los rodea, mediados por la comunicación.

Si están dadas las condiciones básicas que favorezcan el sano crecimiento (alimentación, higiene y afecto), toda la infancia está atravesada por el juego, la búsqueda de placer, el vuelo a la libre imaginación y la creatividad. Los niños generan hipótesis, investigan, descubren, producen, inventan, se comunican y se relacionan. Por tanto, el juego es salud: terapéutico en sí mismo para quien lo juega.

Posiblemente haya una deficiencia de experiencias en la medida en que la criatura con deficiencias auditivas este, en algunos casos, menos expuesta a la experiencia de cuentos, dibujos animados, etc., pero también se observa la influencia de la deficiencia lingüística. De todo ello se desprende que la educación de la criatura con deficiencias auditivas no sólo depende de la realización de experiencias referentes a la narración o a la sucesión de acontecimientos.

Desde el punto psicopedagógico es de capital importancia el modo en que el alumnado sordo comprende, se representa y organiza la información, en las explicaciones sobre la solución de problemas, el alumnado con deficiencias auditivas prioriza las explicaciones de dibujo mientras que el oyente en un 70% prefiere las explicaciones en lengua escrita. (2)

Así de esta manera el juego en un espacio de promoción de la salud permitiendo el desarrollo integral de las distintas capacidades del niño y de protección de la salud, en tanto, el "jugar" resguarda a los niños de situaciones consideradas de riesgo.

Recomendaciones y sugerencias para el juego con niños sordos:

La Comunicación:

- Es muy importante que los adultos que acompañen o inviten al juego establezcan contacto visual permanentemente, cara a cara.
- Lo ideal sería aprender Lengua de Señas o contar con un espacio donde los adultos deficientes auditivos faciliten el juego y la comunicación entre padres e hijos.
- Conocer la señal personal de cada jugador que es la señal que identifica a esa persona y le es propia como el nombre.

El espacio:

En escuelas, consultorios, clubes, lo ideal es contar con pisos de madera, espejos y espacios amplios, pues el uso del espacio es fundamental a la hora de conversar y formar rondas de varios grupos.

Llamado de la atención y cambio de turno o consigna:

- En espacios cerrados y de noche utilizar la luz para llamar la atención, encendiendo y apagándola una y otra vez.
- En lugares abiertos hacer señales con los brazos y manos o con un pañuelo de color.
- En espacios con pisos de madera, dar varios golpes con los pies.
- Con jugadores oyentes y deficientes auditivos, dar palmadas hacia arriba abriendo y cerrando los brazos de un extremo a otro.
- Al llamar a un jugador, tocarle el hombro o parte superior del brazo.
- Para juegos de mesa o actividades lúdicas donde se utilice una mesa de apoyo, llamar la atención dando palmadas sobre ella. La intensidad variará según la intención del enunciador.
- Antes de iniciar el juego explicar la forma de llamar la atención o cambio de turno o nueva consigna.

2.2.5 CAVIDAD ORAL EN EL PACIENTE CON DEFICIENCIAS AUDITIVAS:

El paciente con deficiencias auditivas muestra alteraciones en su cavidad bucal como hipoplasia y desmineralización dental, relacionadas con la causa de la deficiencia sensitiva, por ejemplo la rubéola o la prematuridad.

Existe una mayor incidencia de bruxismo, sobre todo cuando se une a otra incapacidad (auditiva-visual), en muchos casos este hábito parafuncional aparece durante los momentos de vigilia en los periodos de inactividad para suplir el vacío sensorial dejado por las incapacidades.

Los niños con deficiencia auditiva suelen presentar mala higiene bucal. Se deberá iniciar al paciente en un programa preventivo, explicándole la importancia de la higiene oral, así como del mantenimiento de ésta. Deberemos vigilar la dieta y cerciorarnos de que es equilibrada.

Los protocolos de prevención comprenden:

- Enseñanza al paciente y capacitación a los padres o tutores.
- Integración de los cuidados de la salud bucodental dentro de las actividades de la vida cotidiana.
- Medidas profesionales periódicas de tipo preventivo: aplicación de flúor, uso de enjuagues que contengan clorhexidina, nutrición, motivación y refuerzo, etc.

En cuanto a la caries y enfermedad periodontal no existen estudios concluyentes que demuestren que el niño con deficiencia auditiva presente mayor patología que el que no lo es.

El “no se puede atender” denota por parte del odontólogo en forma inequívoca, la ignorancia de cómo hacerlo o el temor a improvisar por lo menos un camino a la solución del problema. De ahí que cuando se reciba a un paciente portador de una

discapacidad, en este caso discapacidad auditiva, es necesario tener como premisa que debe intentarse algo, que siempre va ser mucho frente a lo poco o nada que habitualmente se hace.

Manejo clínico del paciente con deficiencia auditiva:

1) El manejo clínico debe estar lleno sobre todo de paciencia. El paciente acude a la consulta con un intérprete, que nos ayuda a comunicarnos, en muchos casos este papel es desempeñado por los padres.

2) La presencia de una deficiencia auditiva será referida en la historia clínica. Se solicitará un historial médico completo del paciente donde se reflejen los trastornos asociados a la deficiencia auditiva, su estado físico, psicológico así como el perfil de aprendizaje o el tipo de lenguaje utilizado por el niño. Estar al tanto del uso de prótesis para saber si el ruido de la compresora o el de la pieza de mano afecta al niño y en qué grado.

3) La atención al paciente con deficiencias auditivas en la clínica dental es una labor de equipo, serán partícipes: el paciente, el odontólogo, el auxiliar, los padres y los educadores.

4) El auxiliar no llamará al paciente por su nombre, a no ser que se acerque a él; lo conducirá al sillón dental, situándose el odontólogo, el auxiliar y el intérprete de tal forma que el paciente pueda verlos con facilidad.

5) El odontólogo y el auxiliar comunicarán sus ideas mediante gestos, expresiones faciales y formación lenta de la palabra, evitando así que el paciente se sienta aislado.

6) Durante las explicaciones es aconsejable no usar mascarillas, ya que éstas les impiden ver nuestros gestos, negándoles la mayor parte de las expresiones faciales, si el paciente hace lectura labial, enseñarle las nuevas palabras que vamos a utilizar.

7) Una caricia o un apretón de manos constituye un refuerzo positivo para el paciente, siendo una forma importante de expresar agrado hacia él o alentarle a seguir adelante con el tratamiento, analizando siempre la frecuencia de trabajo a utilizar con el paciente ya que las sesiones cortas disminuyen la ansiedad.

8) Percepción del tiempo: el niño enumera las acciones que ha realizado para darse cuenta cuanto tiempo del día ha pasado, cuando hay un paso brusco de una actividad a otra y este paso causa cierta frustración, el alumnado deficiente auditivo puede responder con mayor vehemencia que el oyente, quien ha tenido tiempo de ir haciéndose a la idea. (1-2)

9) La percepción de duraciones vacías (intervalo entre acontecimientos sucesivos) depende de la naturaleza de las sensaciones límites, si los límites son poco intensos o si los sonidos son más agudos que graves. Un sonido parece más largo que una luz, un sonido agudo parece más largo que uno grave. (1)

10) Para la primera visita a la clínica será aconsejable mostrarle libros y folletos que le ofrezcan una imagen realista de esa nueva situación. Utilizar material atractivo (clasificar el color o decorado de preferencia colores intensos). El modelado es también muy útil, observando el buen comportamiento de otro paciente con el fin de que lo imite. (1)

11) El odontólogo deberá explicar todo lo que sucede, ya que el paciente con deficiencias auditivas teme mucho lo desconocido. Se le mostrarán los instrumentos y el equipo, se le informará de las vibraciones, que debidas al equipo va a sentir, advirtiéndole que son normales. La secuencia de trabajo será siempre mostrar-hacer.

12) La utilización del dique de goma en los procedimientos dentales puede generar un comportamiento negativo si le impide la visión, ya que es la forma principal de comunicación por parte del paciente, aumentando así el aislamiento y la ansiedad.

Por lo tanto durante la consulta el profesional odontólogo cuenta hoy con pautas que lo ayudaran a brindar una mejor atención al paciente con deficiencias auditivas, teniendo información suficiente para manejar las técnicas comunicativas y educativas alternativas presentadas ahora.

2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la variación del nivel de conocimiento sobre salud oral antes y después de la aplicación de una estrategia educativa lúdica en odontología, en pacientes escolares con deficiencia auditiva del Centro de Educación Básica Especial “La Sagrada Familia” en el año 2008?

2.4 JUSTIFICACIÓN:

Actualmente se observa deficiencias para la atención a todo tipo de pacientes con discapacidad, sobre todo a pacientes con discapacidades sensoriales, en este caso con discapacidad auditiva, ya que no se tiene conocimiento de los medios de comunicación utilizados por ellos y por ende se desconoce también cual es la mejor estrategia educativa que se debe aplicar para la instrucción al paciente sobre el cuidado de su salud oral.

Una vez detectadas las técnicas comunicativas y educativas apropiadas, se podrá mejorar la atención a estos pacientes, ya sea en instituciones de fomento masivo para la preservación de la salud oral o en la práctica privada, de modo que si se llena ese vacío será resuelto un problema tanto para el profesional como para el paciente.

2.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral antes y después de la aplicación de una estrategia educativa lúdica en odontología, en pacientes escolares con deficiencia auditiva.

Objetivo Específico:

- 1.- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral antes de la aplicación de la estrategia educativa lúdica utilizada en pacientes escolares con deficiencia auditiva.
- 2.- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral después de la aplicación de la estrategia educativa lúdica utilizada en pacientes escolares con deficiencia auditiva.
- 3.- Comparar el nivel de conocimiento sobre salud oral antes y después de la aplicación de la estrategia educativa lúdica utilizada en pacientes escolares con deficiencia auditiva.

2.6 HIPÓTESIS:

La estrategia de intervención educativa lúdica eleva el nivel de conocimiento sobre salud bucal en pacientes con deficiencia auditiva.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

INDICADORES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICADORES	CATEGORIAS
Intervención Educativa lúdica	Herramienta didáctica que se basa en la utilización de juegos para inducir a un conocimiento	Juegos	1. Acechando tu boca! 2. Historia en imágenes. 3. Los mercaderes! 4. Reconstruyenos 5. La escalera a la salud. 6. La caries y la extracción! 7. El chuequito! 8. Carrera de flúor 9. Hazlo tú! 10. Mi publicación	Nominal	Si No
Nivel de conocimiento sobre salud oral	La cantidad y calidad de información sobre salud bucal	11. Elementos anatómicos de la cavidad bucal. 12. Importancia de los dientes. 13. Dieta 14. Placa bacteriana 15. Hábitos de higiene. 16. Caries dental 17. Hábitos deletéreos. 18. Tratamientos preventivos 19. Mis visitas al consultorio	Odontox test	Ordinal	Bueno Regular Malo

III.- MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuasi experimental, por las características de la muestra que pueden ser naturales o intactas.

Prospectivo, los estudios experimentales son siempre prospectivos, la información se recogió de acuerdo a los criterios del investigador después de un planeamiento.

Longitudinal, por que se realiza un seguimiento a los cambios producidos en la variable dependiente.

Prueba de autocontroles

3.2 POBLACION Y MUESTRA:

POBLACION: Alumnos del Centro de Educación Básica especial “La Sagrada Familia” (100)

MUESTRA: La muestra fue conformada por 30 escolares mediante un muestreo de tipo no probabilístico intencional tomado bajo los siguientes criterios de inclusión.

- Niños que se encuentren entre los 8 y 13 años de edad
- Niños que no manejen únicamente el lenguaje de señas
- Niños que no presenten problemas de socialización

3.3 MATERIALES

Material de procesamiento de datos.- CDs, tarjetas de memoria para cámara fotográfica.

Material de impresión.- papel bond, papel couche, cartulina, papel foto tinta para impresora.

Material fotográfico.- rollos de película

Material de video.- cintas de video

Material de escritorio.- plumones, papel contact, lapiceros, goma, clips, transparencias.

3.3.1 Recursos en infraestructura: aula de estudios, patio central del colegio.

3.3.2 Recursos humanos: asesor, responsable, 3 ayudantes, maestros, escolares.

3.4 METODOS:

3.4.1 PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS:

Se realizó un programa de actividades educativas en los que todos los niños participaron en todos los juegos y/o técnicas didácticas diseñadas de modo que recibieron los conocimientos de nueve temas escogidos.

Secuencia de trabajo

Se realizaron siete sesiones de trabajo, dos correspondientes a la presentación y conclusión de la intervención y cinco a los temas escogidos y los juegos de reforzamiento. Las sesiones se efectuaron una vez por semana, para impartir los temas se dedicaron 20 minutos, seguidamente pasamos a las técnicas participativas consistentes en reconocimientos de actitudes respecto a los temas, empleando 10 minutos, los 30 restantes se dedicaron a los diferentes juegos, en total cada sesión se realizó en un tiempo no mayor a una hora.

1º SESIÓN:

Presentación del equipo de trabajo y técnica de presentación de los niños para activar las potencialidades del grupo.

Aplicación de la ficha de ejercicios lúdicos (pre-test)

2º SESION

Tema nº 1:- Elementos anatómicos de la cavidad bucal

Objetivo: Reconocimiento del contenido de la cavidad oral, ya que los pacientes con deficiencia auditiva generalmente suelen tener problemas de habla, por lo tanto olvidan la existencia de la boca por la falta de uso y lo que contiene.

Juego nº 1.- *Acechando tu boca!*

Participaron 6 niños, a los cuales se les colocó sobre la cabeza gorros que tenían pegadas las figuras de las 3 estructuras básicas (dientes, lengua y encías), además de algunos distractores. Una vez que todos se colocaron los gorros se ubicaron en fila frente a sus compañeros, a los cuales se les pregunto si la figura que porta el niño en el gorro es una estructura anatómica básica de la cavidad bucal, a lo cual respondieron todos con lenguaje gestual y de señas correctamente.

Tema nº 2.- Importancia de los dientes

Objetivo: Conocer la importancia en la masticación, preparación del bolo alimenticio, articulación de palabras o sonidos, y la contribución en la estética de la cara, siendo importante tanto los temporales como los permanentes.

Juego nº 2.- *Historia en imágenes*

Se mostró a los niños láminas que contenían las imágenes de las tres funciones básicas de los dientes y se les pidió que una vez vistas, redacten una oración que contenga los temas relacionados a las figuras.

3º SESION:

Tema nº 3.- Dieta

Objetivo: Reconocer los alimentos que producen la enfermedad de caries dental y los que no la producen, luego hacer la diferencia entre ellos.

Juego nº 3.- *Los mercaderes!*

Se inicio la actividad separando a los niños en parejas, cada dupla tenía un mazo de 40 tarjetas de las cuales 20 contienen dibujos de alimentos cariogénicos y 20

de alimentos no cariogénicos, se repartieron 5 tarjetas a cada jugador, en la mesa se observaron tres tarjetas las cuales debían ser apareadas por los jugadores, se prefirió que aparezcan las tarjetas de alimentos no cariogénicos para su acumulación de puntos, ya que las tarjetas de los alimentos cariogénicos al ser multiplicadas por 2, se les restaba eso a lo acumulado por los alimentos no cariogénicos, de modo que el niño aprendió a separar los alimentos cariogénicos de los no cariogénicos tanto al jugar como al contar los puntos ganados. El ganador es aquel que al terminar con el mazo de tarjetas, quede con la mayor cantidad de puntos.

Alimentos cariogénicos.- 2 puntos

Alimentos no cariogénicos.- 5 puntos

Tema nº 4.- Placa bacteriana: definición, formación, sangrado gingival.

4º SESION:

Tema nº 5.- Hábitos de higiene:

- Elementos de higiene

Objetivo: Conocer los elementos básicos de higiene bucal (cepillo, pasta e hilo dental)

Juego nº 4.- *Reconstrúyenlos!*

Se inicio la actividad separando a los niños en duplas para que puedan armar un rompecabezas que contuvo la figura de los elementos básicos de higiene bucal.

- Momentos de cepillado

Objetivo: Conocer que los momentos de cepillado son después de cada comida y no únicamente tres veces al día.

Juego nº 5.- *La escalera a la salud*

Es una versión modificada del juego popular *Escaleras y Serpientes*, que consta de 100 recuadros en los que se incluyeron de manera gráfica mensajes sobre salud bucal, higiene y acciones preventivas, presentando imágenes que muestran la asociación causa efecto de acciones relacionadas con la salud. Los recuadros que contiene la “cola de serpiente” se refieren a acciones que implican riesgo o prácticas nocivas para la salud bucal y la “cabeza de serpiente” representa el daño que las mismas pueden provocar. Por otro lado el “pie de la escalera” representa recomendaciones para mejorar las condiciones de salud o prevenir los daños y el “final de la escalera” el beneficio que puede alcanzar adoptando dichas acciones. El jugador avanza las casillas según el número obtenido tras el lanzamiento de un dado. Cuando un jugador cae en una casilla que contiene el pie de la escalera se le “premia” subiendo hasta la casilla que contiene la parte superior de la escalera, y cuando cae en una casilla que contiene la cola de la serpiente es “castigado” descendiendo hasta la casilla que contiene la cabeza de la misma.

- Técnica de cepillado

Objetivo: Conocer la técnica de cepillado de Bass, para la mayor eliminación de placa bacteriana.

Juego nº 6.- Demostración con maquetas macro

5º SESIÓN:

Tema nº 6.- Caries dental: definición, factores de formación.

Objetivo: Conocer que la caries dental es una enfermedad, reconocer los factores que están implicados en su formación.

Juego nº 7.- *La caries y la extracción!*

Es un juego de mesa que consta de 30 casillas, la cuales contiene mensajes de salud bucal, participan 3 jugadores, cada jugador usa un ficha de color y forma diferente, pero a dos de ellas, se les dan fichas que representan a la **caries** y la **extracción**. Utilizando un dado, tira cada uno en su turno, avanzando el número de casillas que el dado marque, después de que tira el primer jugador, tira la caries, después del segundo tira la extracción, después del tercero tira otra vez la caries y así sucesivamente. La caries y al extracción pueden caminar para delante y para atrás. Si alguna de estas fichas alcanza a un jugador en casilla de NO RIESGO no pasa nada, pero si lo alcanzan en casilla de riesgo la caries lo regresa a la salida y la extracción lo saca del juego. Se para el juego un momento y se pregunta al jugador lesionado de que murió o enfermo y porque y después continua el juego. Este termina cuando todos los jugadores vivos han llegado a la meta o cuando mueren todos.

Tema nº 7.- Hábitos deletéreos (succión del dedo)

Objetivo: Conocer el principal hábito que aqueja a los pacientes con deficiencias auditivas y las consecuencias a las que conllevan.

Juego nº 8.- *El chuequito!*

Se inició la actividad separando a los niños en grupos de cuatro, cada grupo tuvo un mazo de 40 tarjetas que contienen mensajes sobre salud bucal, las cuales se repartieron en su totalidad a los participantes, dentro de las 40 tarjetas hay una la cual contiene la figura de una niño con mal posición dentaria, ese es el llamado **chuequito**, la finalidad del juego es que aquel que tenga la tarjeta con el chuequito no lo mencione, ya que su compañero del lado ira por turno jalando una carta, y así puede deshacerse de ella, en el centro de la mesa se fueron colocando inicialmente las figuras de hábitos positivos, alimentos no cariogénicos, etc. Así hasta quedar sin cartas a excepción del que quede con el chuequito.

6º SESIÓN:

Tema nº 8.- Tratamientos preventivos.

- Flúor: concepto, función, clasificaron según aplicación.

Objetivo: Reconocer al flúor como principal tratamiento para los pacientes con deficiencia auditiva ya que estos pacientes presentan un alto índice de hipoplasia dental.

Juego nº 9.- Carrera de flúor

Se dividió a los niños en tres equipos cada equipo elige un representante, el cual debió realizar una carrera llevando en la mano un aditamento para la aplicación de flúor de Pablito (barniz, gel, pastilla con agua), que se encuentra al otro extremo de los corredores, ganó aquel niño que llegó antes a Pablito y le realizó la aplicación de flúor.

- Sellante: Definición, función, técnica de colocación.

Objetivo: Reconocer al sellante como un tratamiento preventivo simple que no causa dolor y ayuda a prevenir la enfermedad e caries dental.

Juego nº 10.- Hazlo tu!

Se dividió a los niños en tres grupos, a cada grupo se le hizo entrega de una maqueta de una pieza dental sana con fisuras profundas, como ya se les enseñó la metodología de la colocación, se hizo que ellos la reproduzcan en la maqueta, de modo que reconocieran que es un tratamiento sencillo y que es necesario para evitar la aparición de caries dental.

7º SESIÓN:

Tema nº 9.- Mis visitas al consultorio odontológico

Objetivo: Relacionar a los niños con el ambiente del consultorio dental, ya que mucho de ellos acuden poco o en muchos casos no acuden a él, y existen materiales y situaciones nuevas que promueven la ansiedad y el miedo por lo que se hace difícil su tratamiento.

Juego nº 11.- *Mi publicación*

Se entregó una cartulina a cada niño y se le pidió que realice un cartel el cual contenga un mensaje acerca de la atención odontológica, todos los carteles fueron exhibidos como muestra de lo aprendido.

Se aplicó la ficha de ejercicios lúdicos (post-test).

3.4.2 RECOLECCION DE DATOS:

Comprendió el uso de una ficha de ejercicios lúdicos “ODONTO TEST” especialmente diseñada para el estudio, fue aplicada antes y después de la estrategia educativa, se tomó en cuenta que cada ejercicio correspondiera a cada tema elaborado, de modo que el aprendizaje no sólo se hiciera de manera global sino también específica, la ficha constó de 2 partes:

La primera contenía los datos generales del alumno.

La segunda contenía los ejercicios lúdicos con temas referentes a:

- Elementos anatómicos de la cavidad bucal
- Enfermedades comunes de la cavidad oral:
 - Caries dental
 - Enfermedad periodontal, placa dental
- Dieta
- Hábitos deletéreos (succión del dedo)
- Tratamientos odontológicos preventivos
 - Flúor
 - Sellantes
- Mis visitas al consultorio odontológico

Cada área tuvo como categoría de evaluación el siguiente rango:

- Elementos anatómicos de la cavidad bucal

Bueno: dibujó dientes encía y lengua

Regular: dibujó una o dos de las estructuras

Malo: no dibujó ninguno

- Enfermedades comunes de la cavidad oral:

- Caries dental

Bueno: unió los cuatro elementos necesarios para la formación de la caries (diente, mutans, dulces, tiempo)

Regular: unió de dos a tres elementos

Malo: unió uno solo o ninguno de ellos

- Elementos de higiene

Bueno: reconocía y colocaba le nombre de los tres elementos de higiene

Regular: reconocía y colocaba el nombre de uno o dos de ellos

Malo: no reconocía los elementos.

-Dieta

Bueno: reconocía y dibujaba ambos tipos de alimentos

Regular: reconocía y dibujaba uno de los tipos de alimentos.

Malo: no reconocía ni dibujaba.

- Hábitos deletéreos (succión del dedo)

Bueno: unía la flecha correctamente

Malo: no unía la flecha correctamente.

- Tratamientos odontológicos preventivos

- Flúor

Bueno: encontró la palabra escondida y además respondió la pregunta.

Regular: encontró la palabra escondida o respondió la pregunta.

Malo: no encontró la palabra escondida ni respondió la pregunta.

- Sellantes

Bueno: realizó la secuencia correctamente

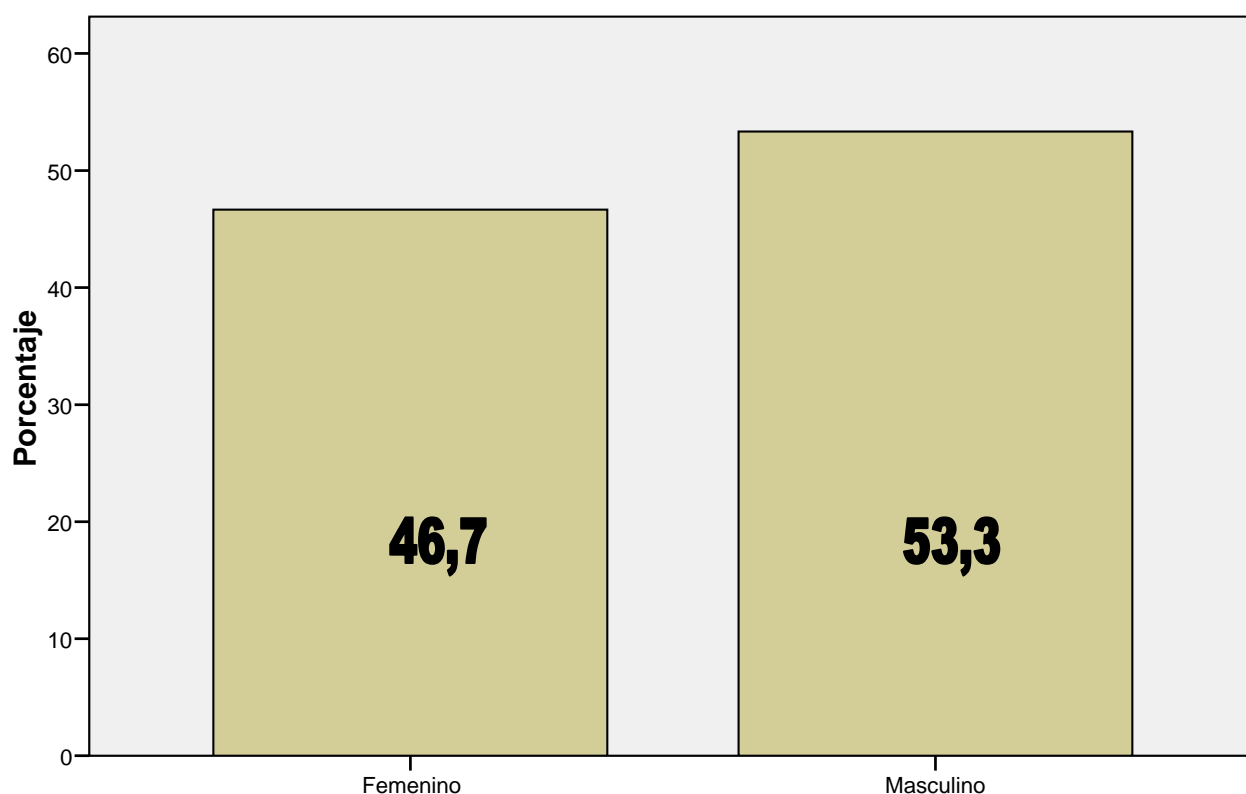
Regular: colocó por lo menos dos partes correctas en la secuencia

Malo: no conocía la secuencia.

IV.- RESULTADOS:

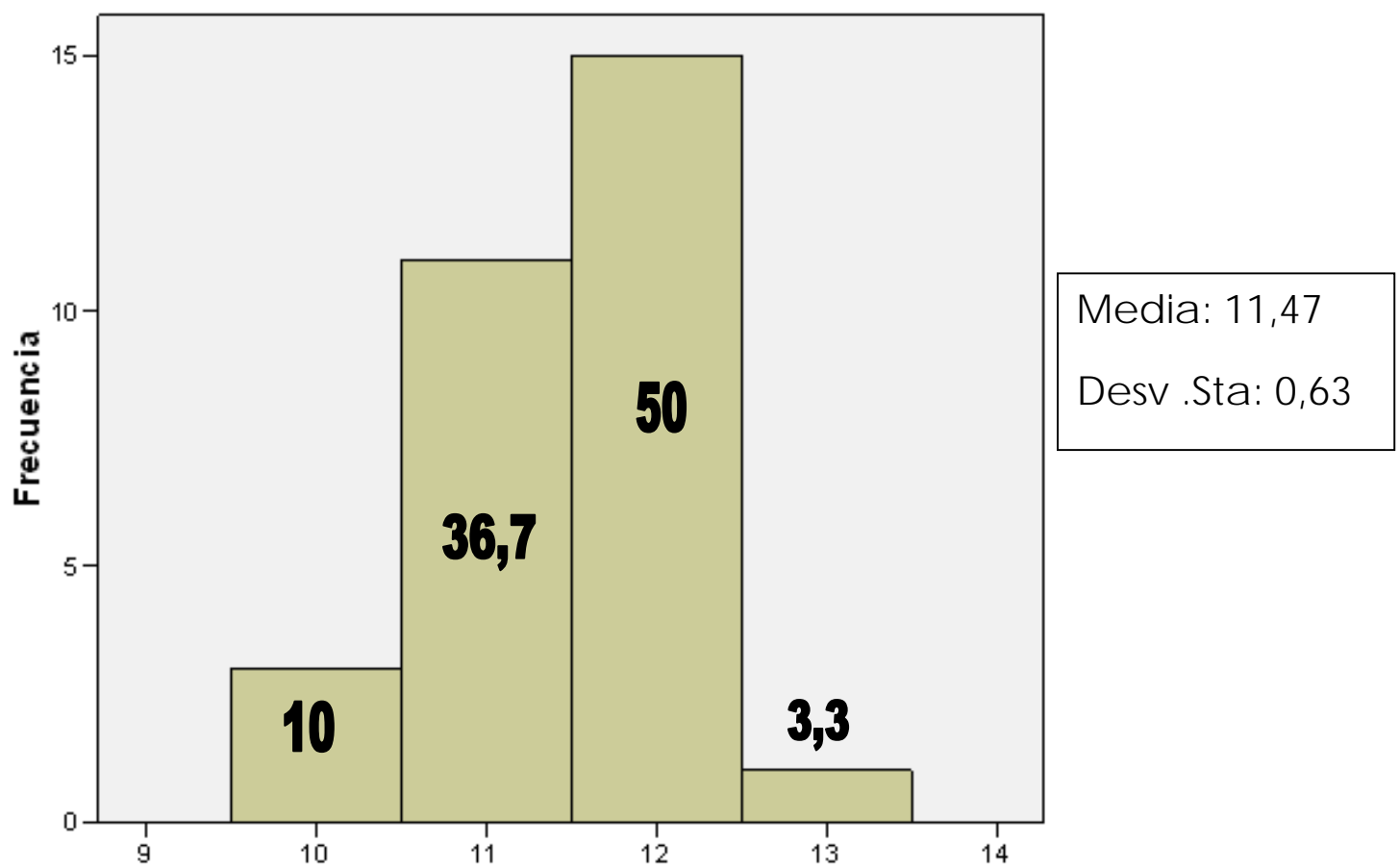
La muestra estuvo conformada por 30 alumnos de ambos géneros, con ligero predominio del género masculino y sus edades fluctuaron entre los 10 a 13 años ubicándose el mayor porcentaje en la edad de 12 años.

Figura 1. Género de los alumnos



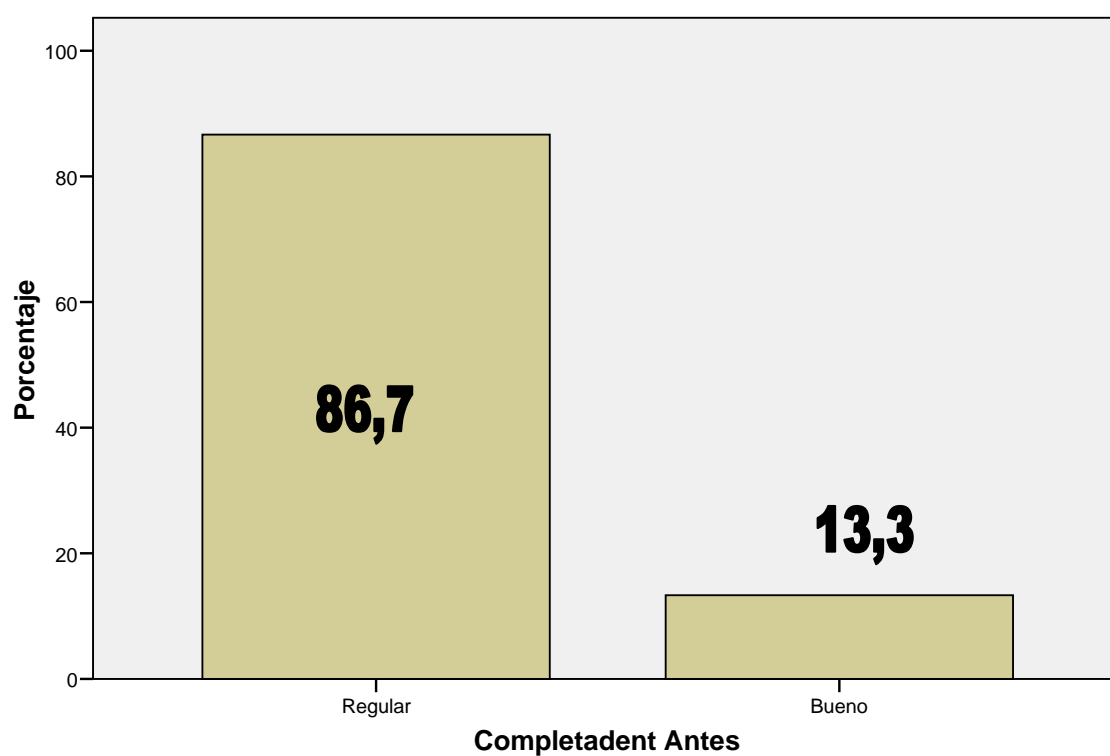
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 2. Edad de los alumnos



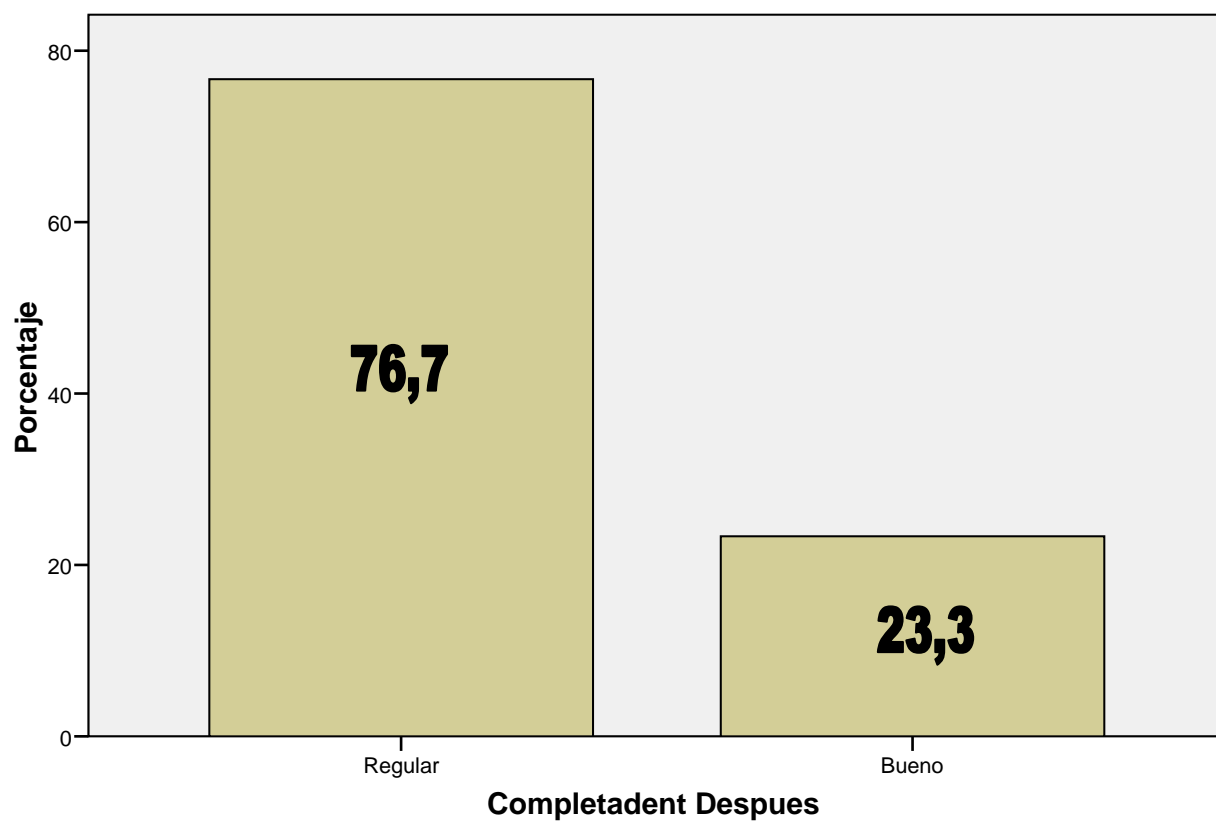
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial
"La sagrada familia", 2008

Figura 3. Nivel de conocimiento sobre elementos de la boca antes de la Intervención lúdica-educativa



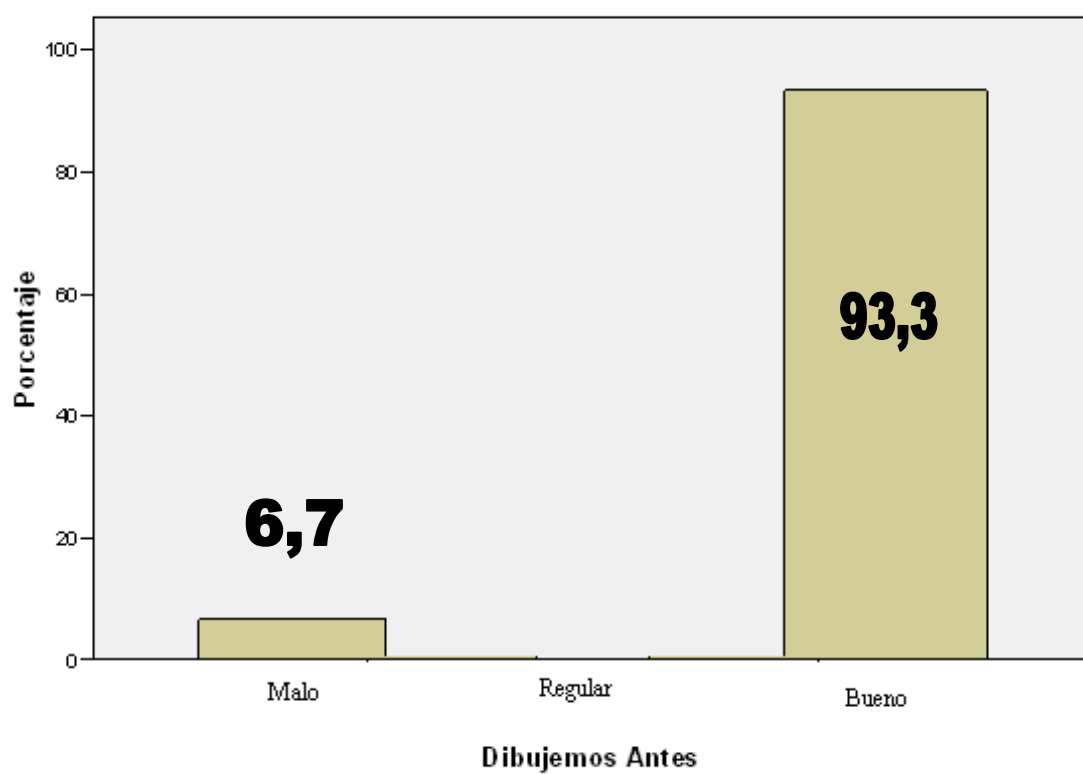
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 4. Nivel de conocimiento sobre elementos de la boca después de la Intervención lúdica-educativa



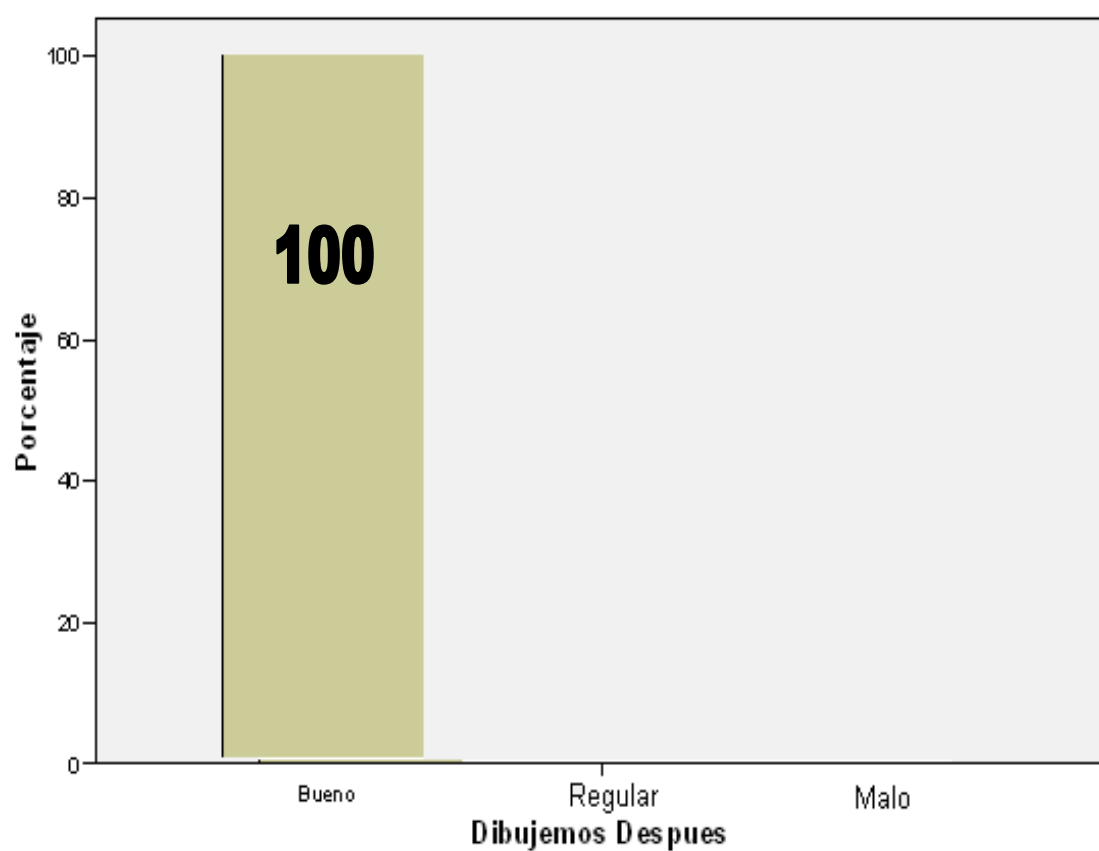
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 5. Nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica antes de la Intervención lúdica-educativa



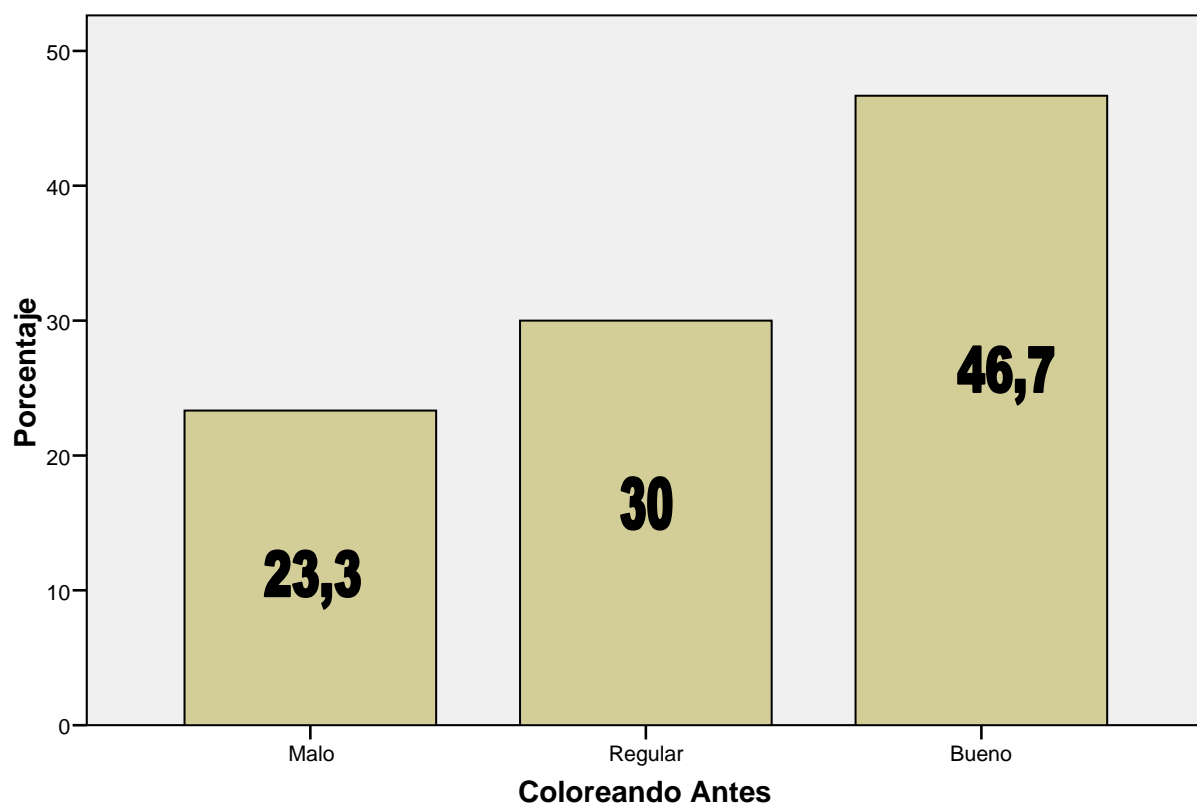
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial “La sagrada familia”, 2008

Figura 6. Nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica después de la Intervención lúdica-educativa



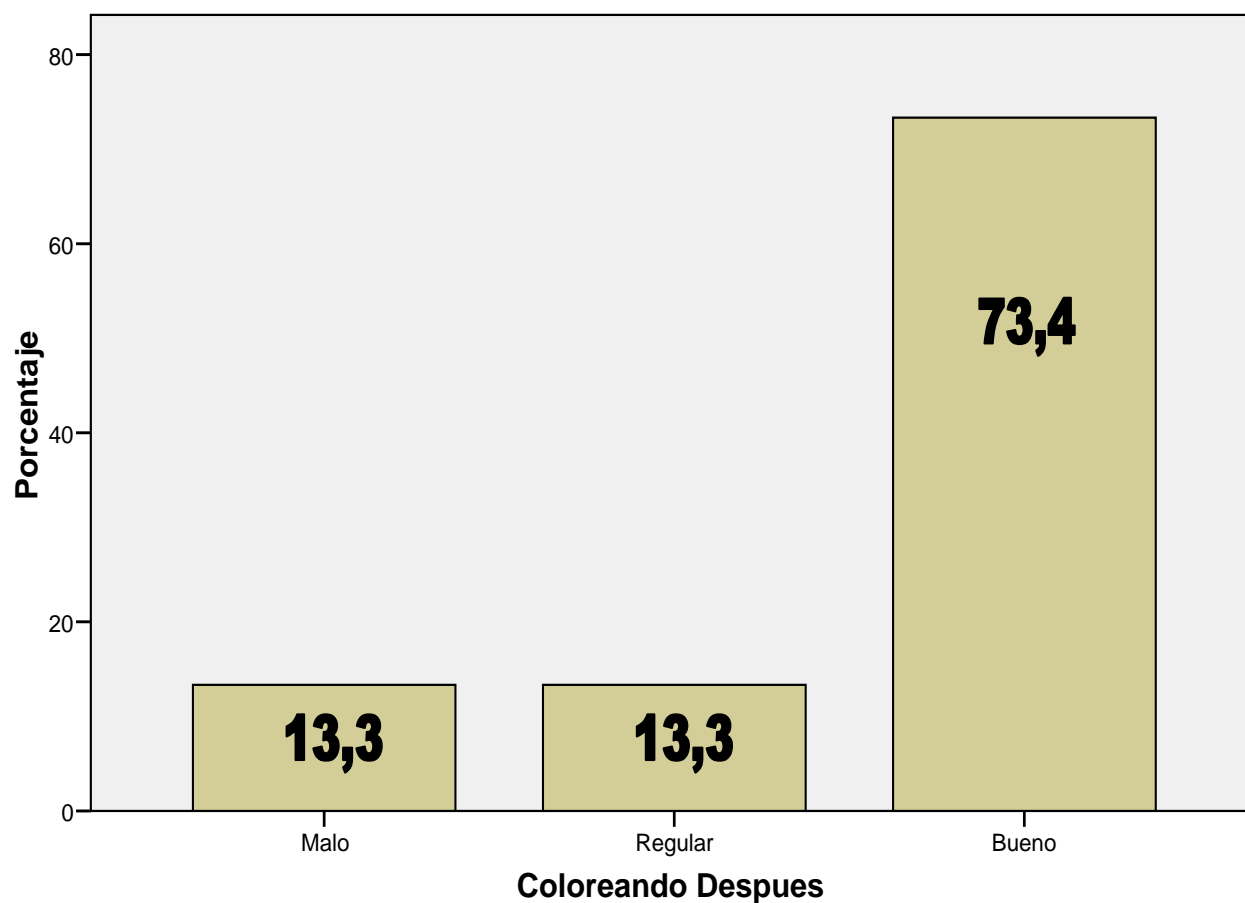
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial “La sagrada familia”, 2008

Figura 7. Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal antes de la Intervención lúdica-educativa



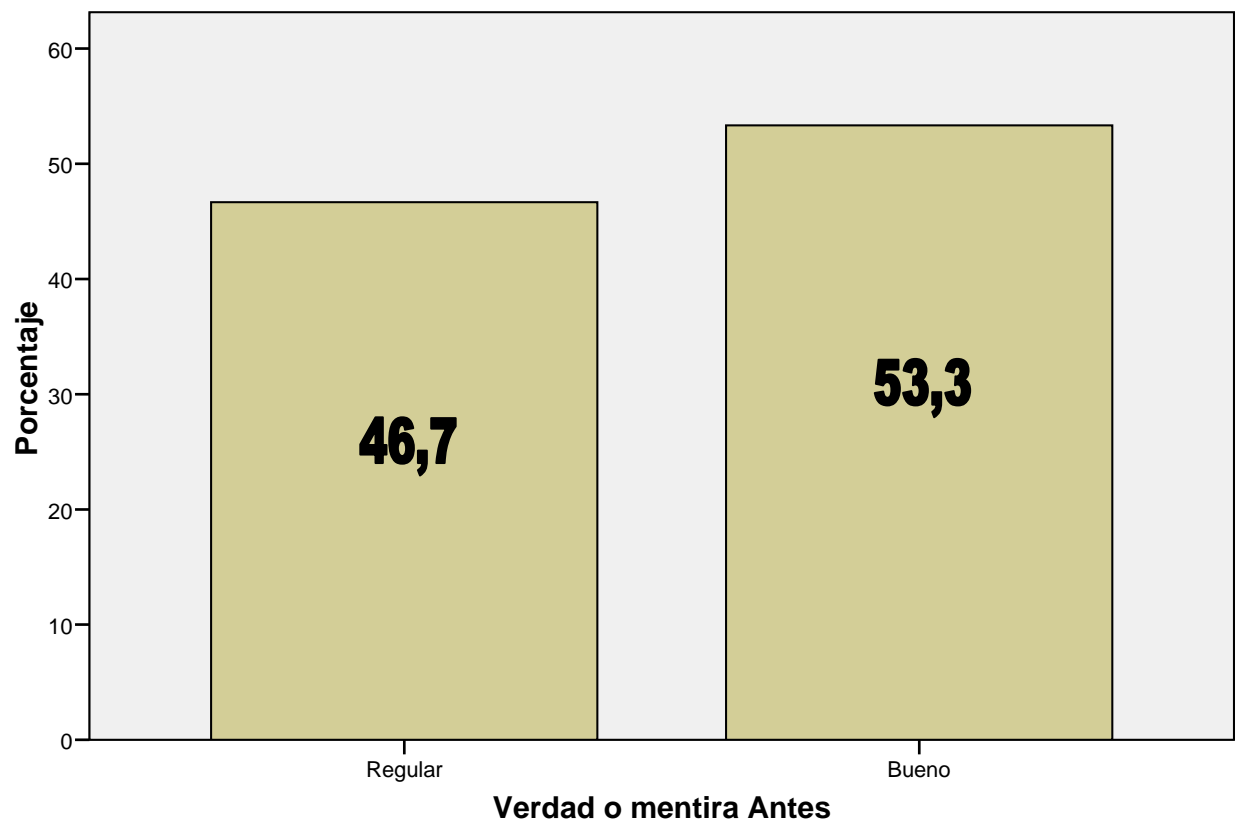
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 8. Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal después de la Intervención lúdica-educativa



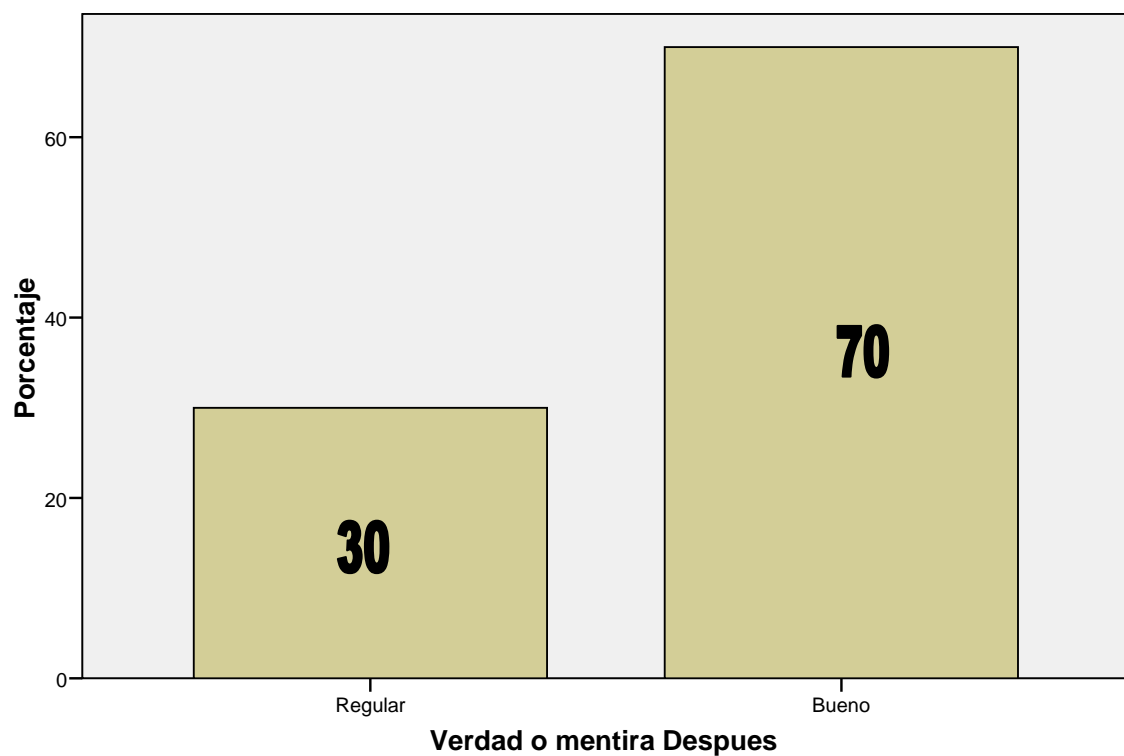
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 9. Nivel de conocimiento sobre frecuencia de cepillado antes de la Intervención lúdica-educativa



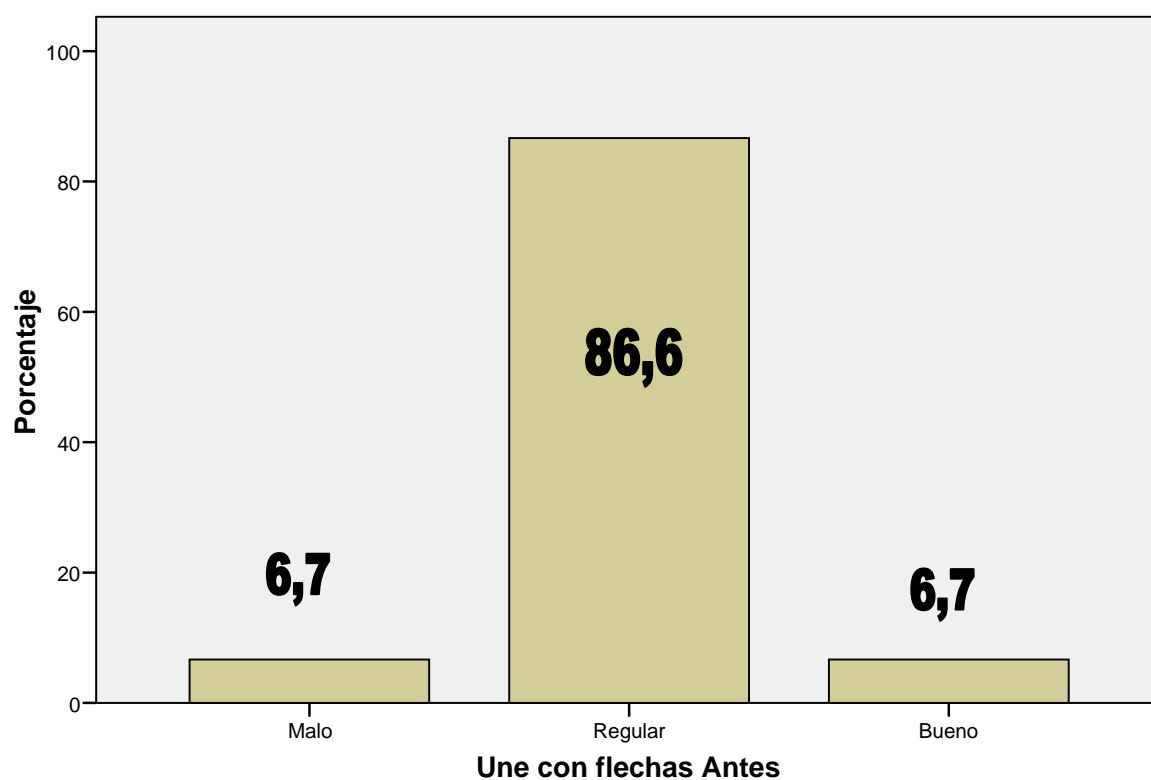
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial “La sagrada familia”, 2008

Figura 10. Nivel de conocimiento sobre frecuencia de cepillado después de la Intervención lúdica-educativa



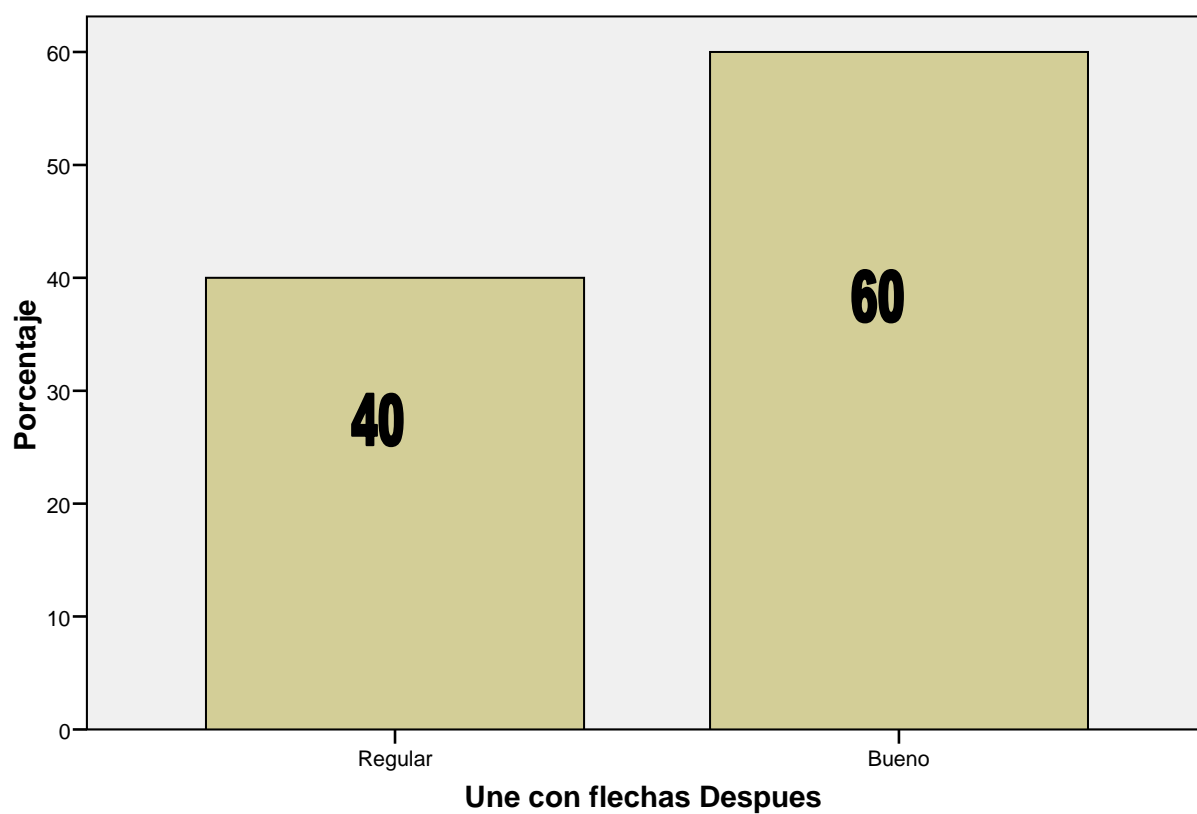
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 11. Nivel de conocimiento sobre elementos formadores de caries antes de la Intervención lúdica-educativa



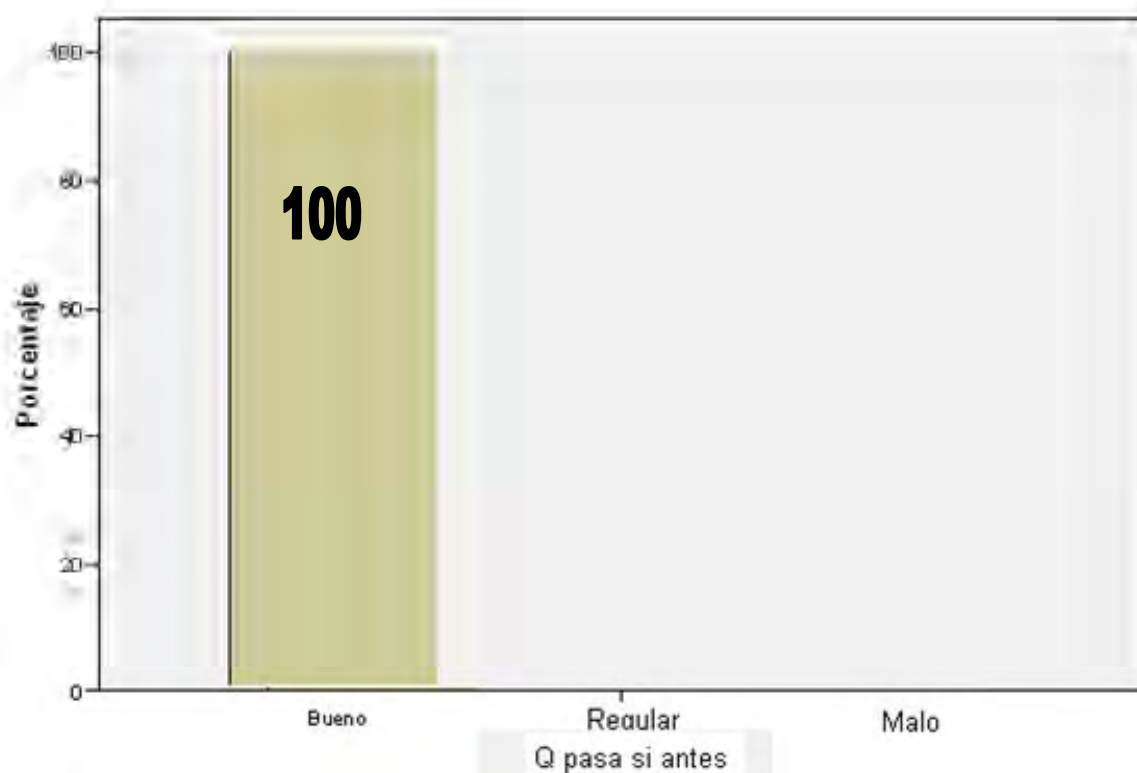
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 12. Nivel de conocimiento sobre elementos formadores de caries después de la Intervención lúdica-educativa



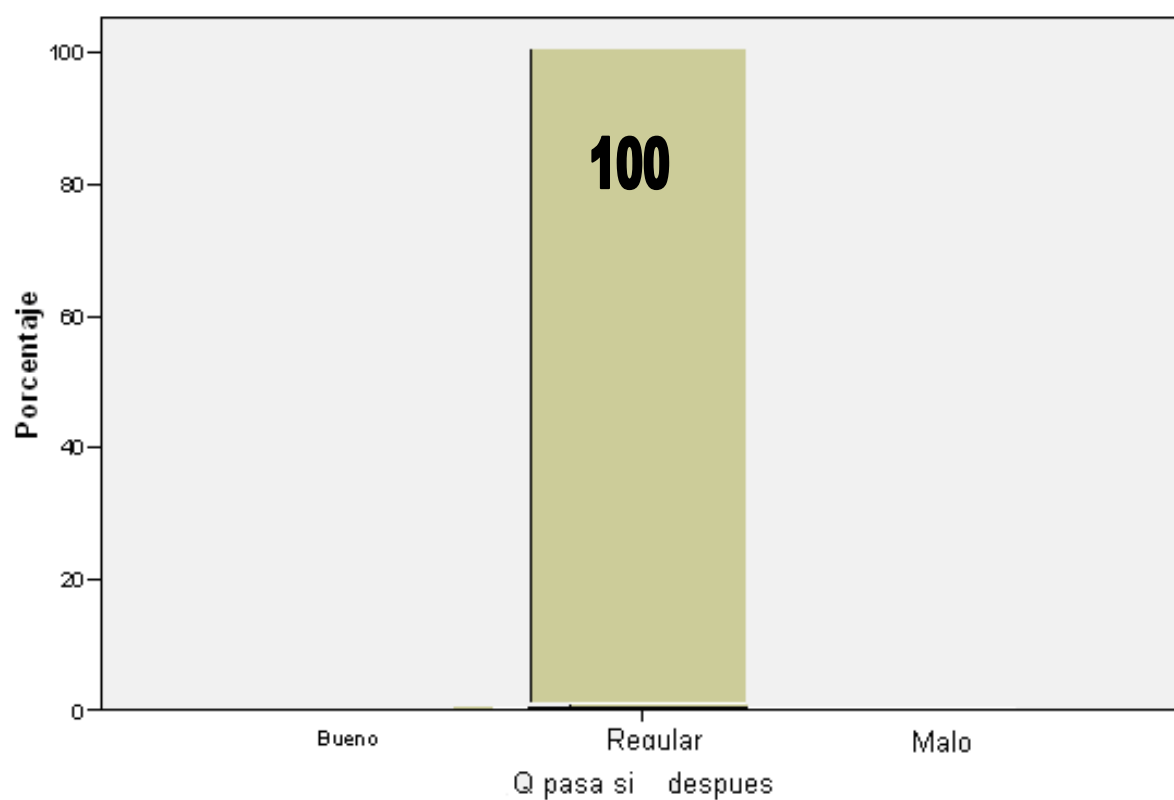
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 13. Nivel de conocimiento sobre maloclusiones antes de la Intervención lúdica-educativa



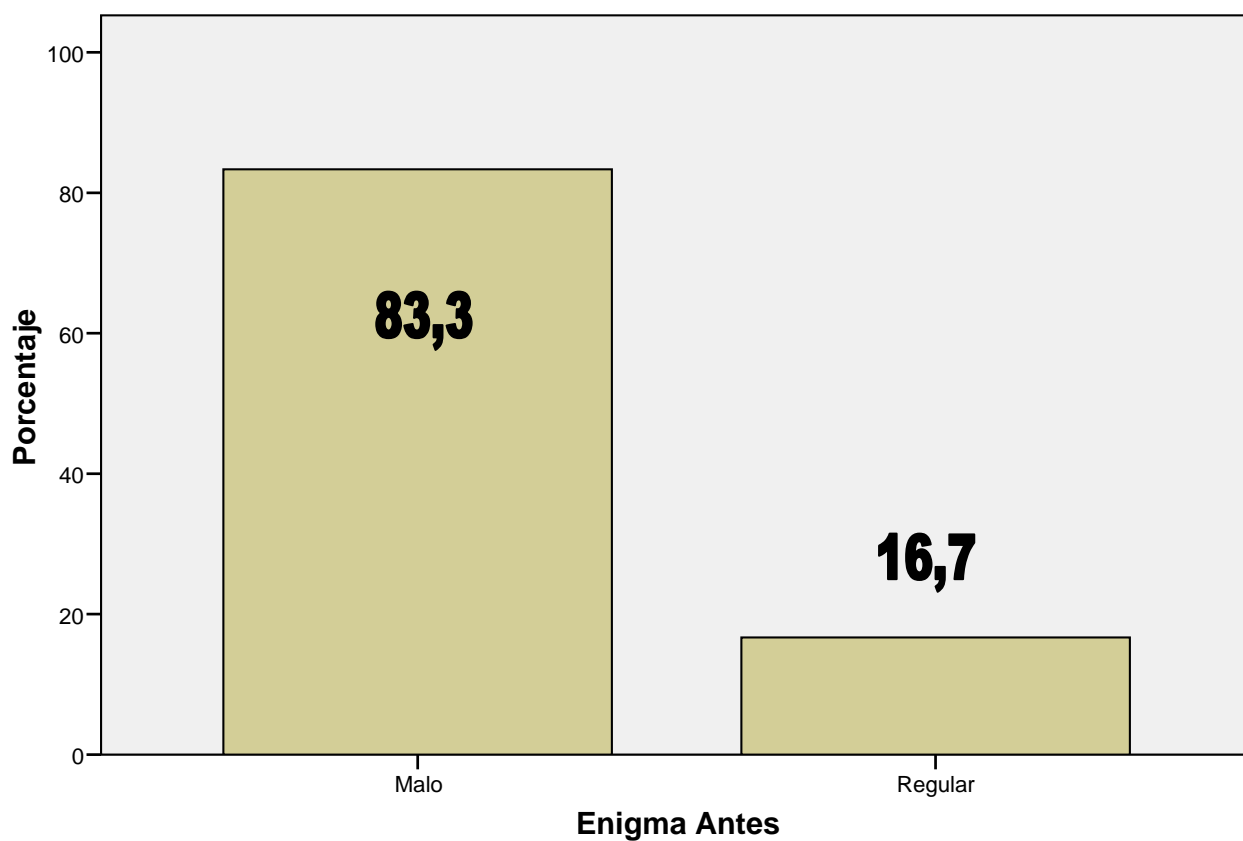
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 14. Nivel de conocimiento sobre maloclusiones después de la Intervención lúdica-educativa



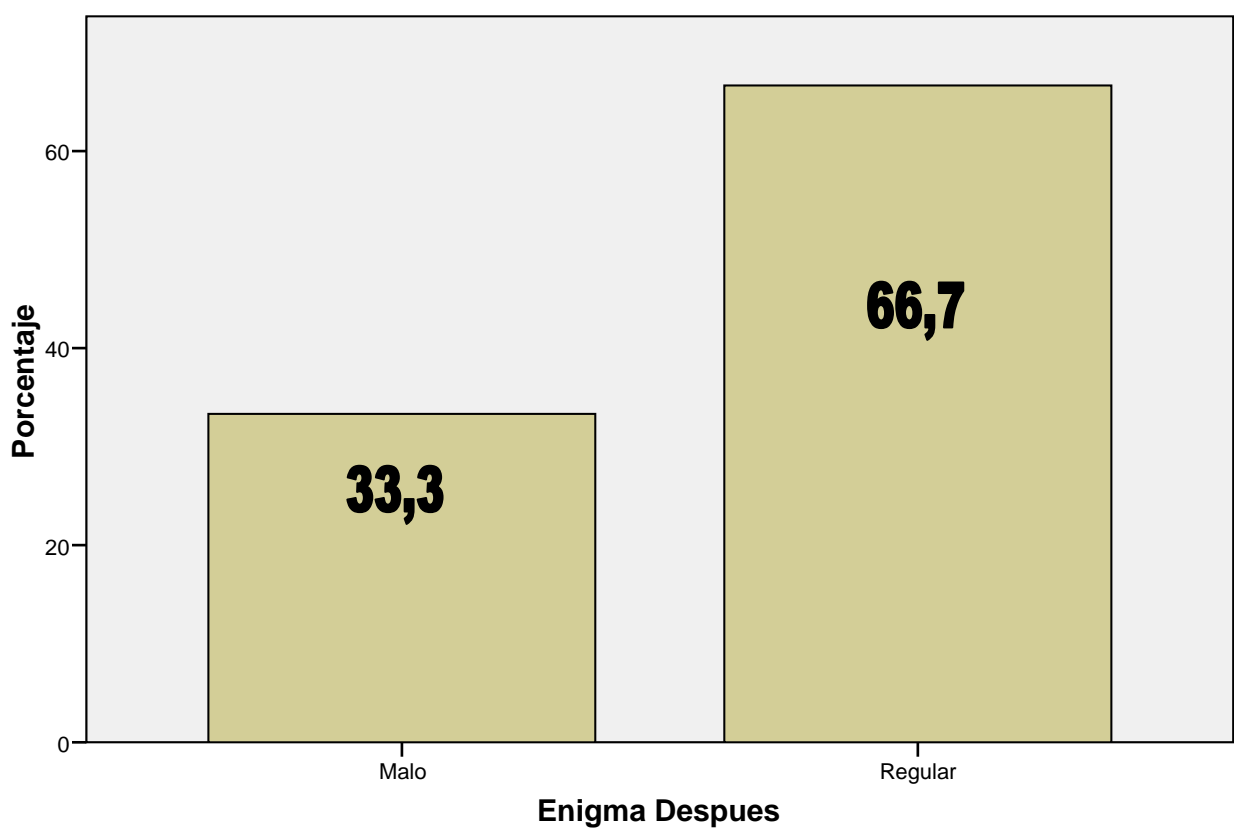
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 15. Nivel de conocimiento sobre flúor antes de la Intervención lúdica-educativa



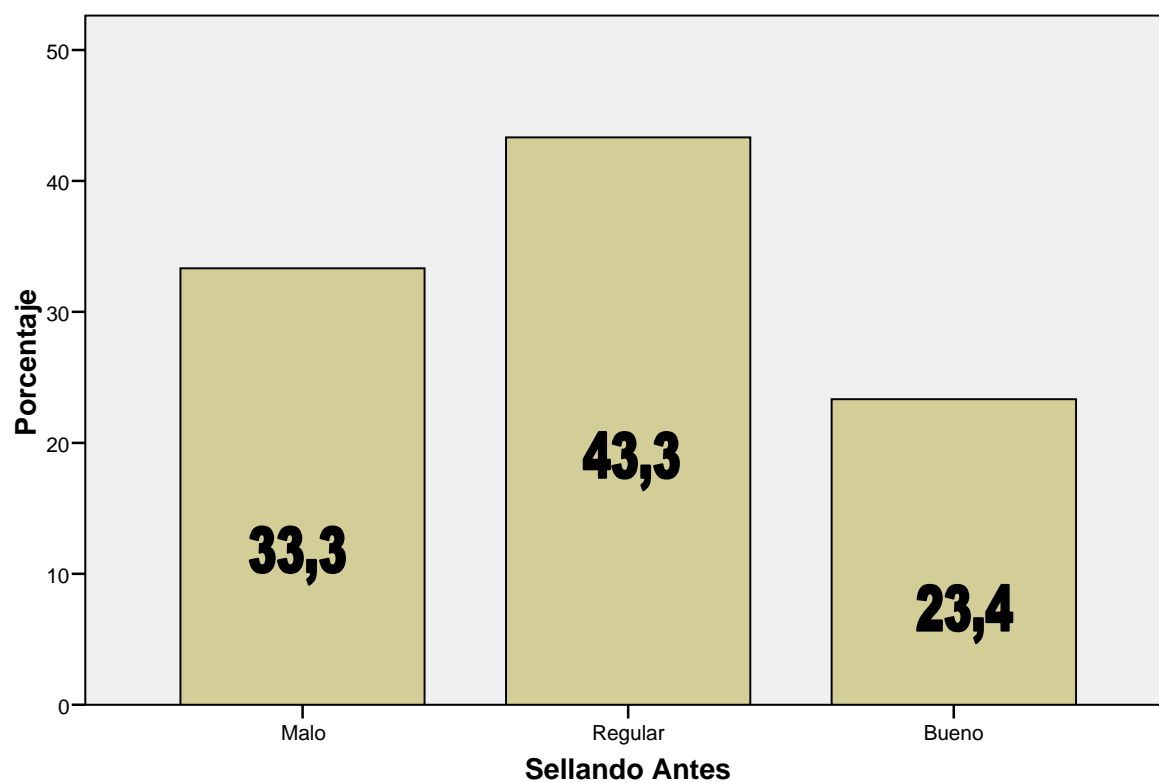
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 16. Nivel de conocimiento sobre flúor después de la Intervención lúdica-educativa



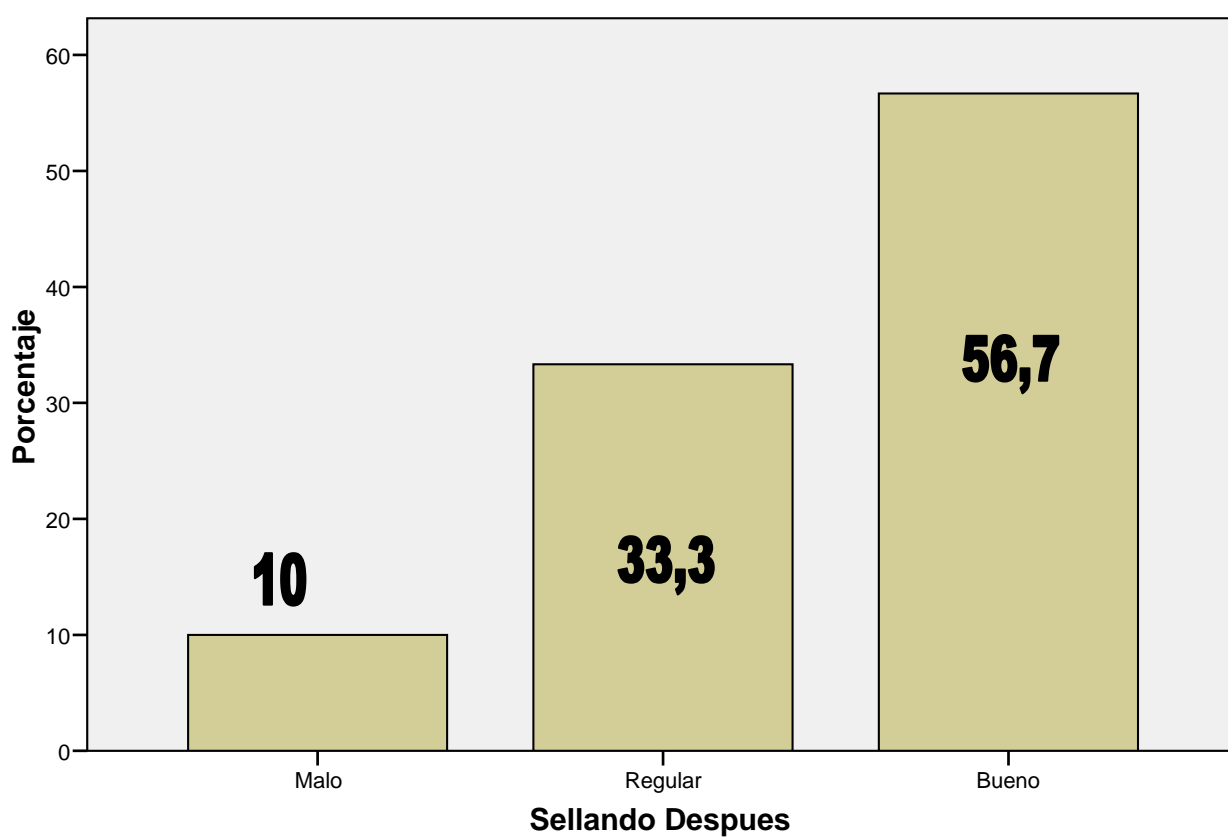
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 17. Nivel de conocimiento sobre aplicación de sellantes antes de la Intervención lúdica-educativa



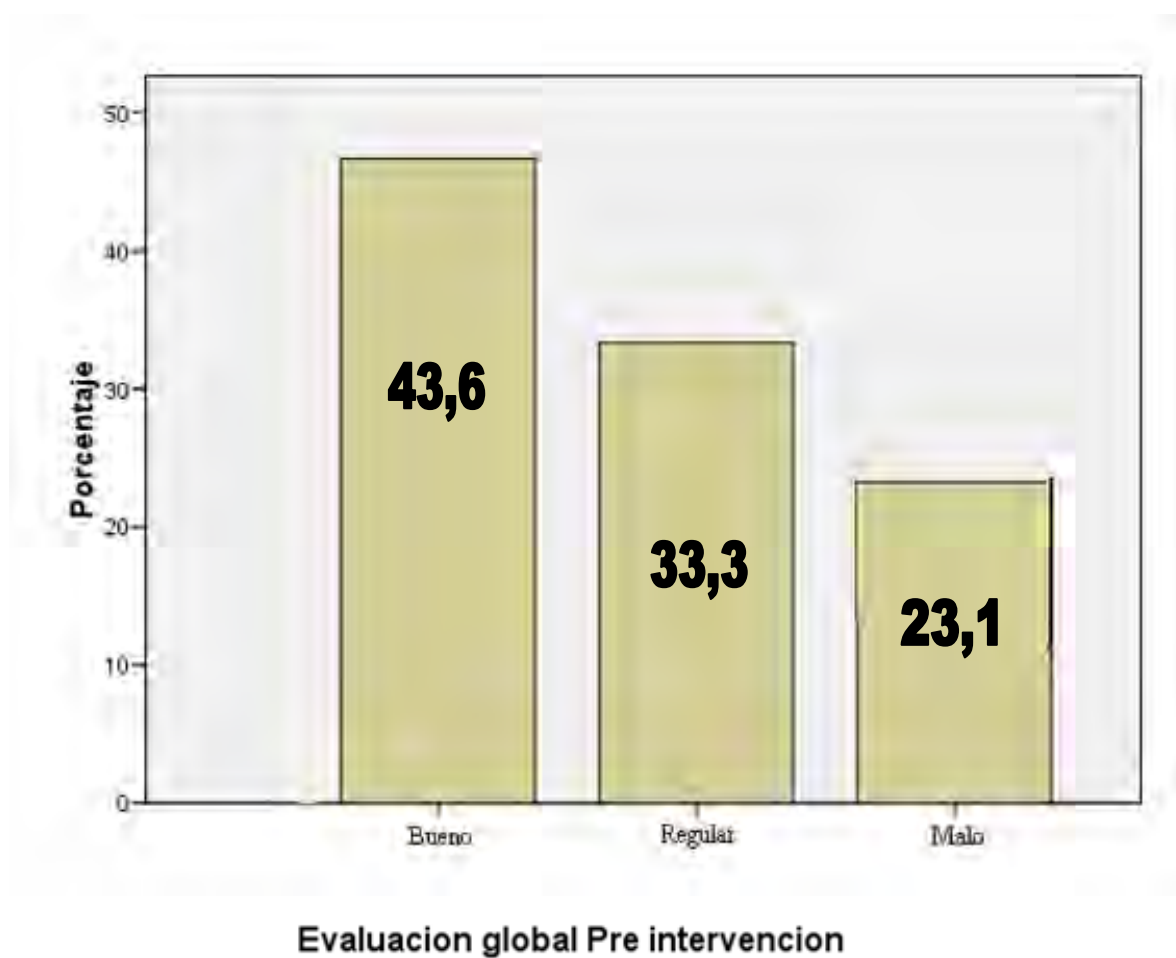
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 18. Nivel de conocimiento sobre aplicación de sellantes después de la Intervención lúdica-educativa



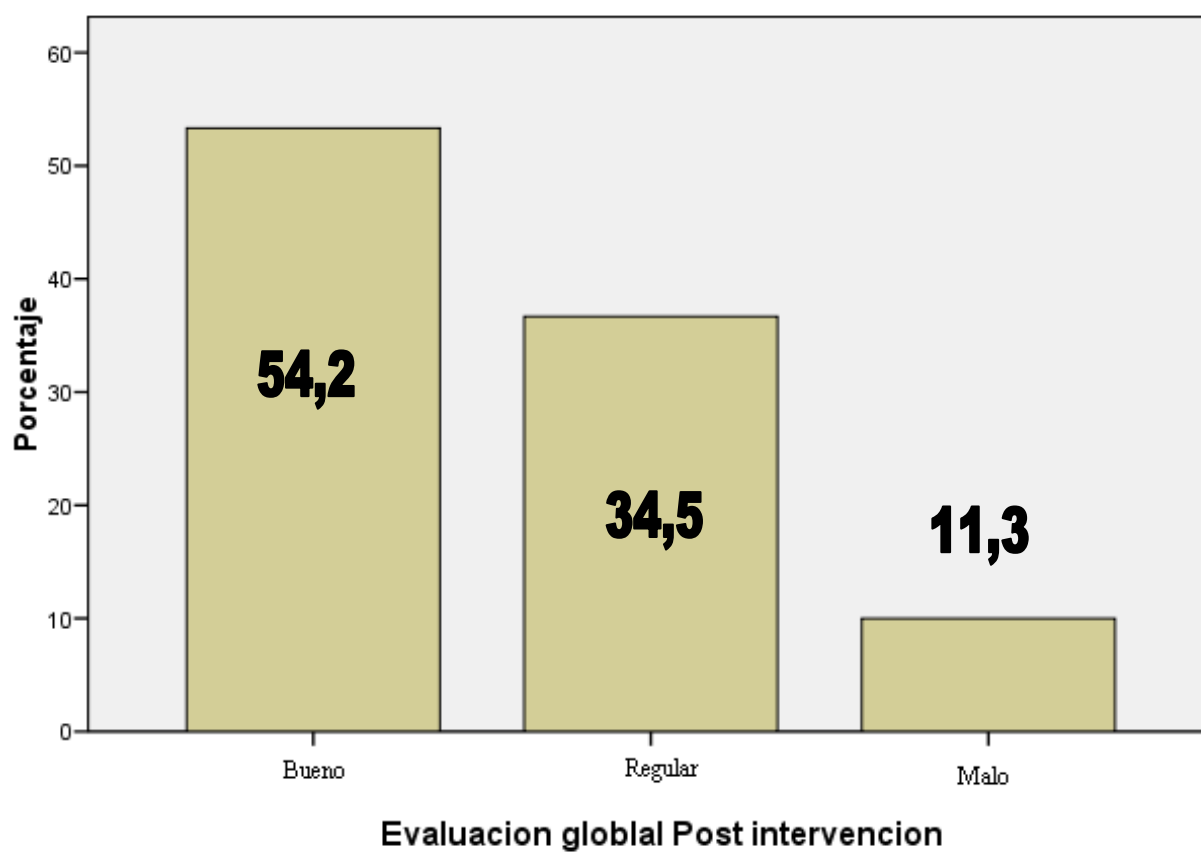
Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 19. Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la Intervención lúdica-educativa



Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Figura 20. Nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la Intervención lúdica-educativa



Fuente: Alumnos con deficiencia auditiva del centro de educación básica especial "La sagrada familia", 2008

Cuadro 1. Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes y después de la intervención lúdica-educativa:

Nivel de conocimiento			
Intervención			
lúdica	BUENO	REGULAR	MALO
Antes	43,6	33,3	23,1
Después	54,2	34,5	11,3

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: Mediante esta prueba se comparó los resultados entre pre y post test encontrándose significancia (0,046). Se comprueba que existen diferencias significativas en los resultados globales (malo, regular, bueno) entre el pre y post test.

V.- DISCUSION:

Para evaluar el nivel de conocimientos de los niños antes y después de la intervención educativa se utilizó el conteo de aciertos en las fichas de ejercicios lúdicos “ODONTO TEST” llenadas por ellos ubicándolos en niveles bueno, regular y malo para cada pregunta. Cabe destacar que se ha realizado el análisis por cada tipo de pregunta individualmente y que cada una representa un tipo de información distinta sobre el cuidado de la salud oral.

Al analizar los resultados utilizando la prueba estadística de Wilcoxon para cada pregunta se encontró una diferencia significativa entre el pre test y el post test para tres de los ejercicios: aplicación de sellantes, conocimiento sobre flúor y los elementos que producen la caries dental, lo cual coincide con otras investigaciones similares (Castillo, Reyes, Ferreira, Limonta)

Los niños con deficiencia auditiva fueron la población de estudio debido a que existen alteraciones propias de este tipo de pacientes como es la hipoplasia dental a causa de la prematuridad o de la rubeola, además, son pacientes generalmente bruxomanos por la ansiedad generada ante el vacío sensorial dejado por las incapacidades, fuera de la deficiente higiene oral que suelen tener por restarle importancia al cuidado de la cavidad oral, ya que para ellos no cumple una función constante, lo cual genera que un alto porcentaje sufra de caries.

Es por ello que esta investigación se destaca de las demás ya que la población estudiada son niños con deficiencia sensorial, en este caso la auditiva, la cual crea una diferencia en el aprendizaje con respecto a niños que no presentan ninguna alteración sensorial o motora, y existe una diferencia marcada con los niños que presentan habilidades diferentes, como se puede constatar en otros trabajos de investigación. (Castillo, Reyes, Pereyra, Limonta). Además de ello en esas investigaciones se tomó como referencia un nivel de información general sobre salud oral a diferencia del estudio que fue separado por áreas temáticas.

El área de estudio de las intervenciones lúdicas en la enseñanza sobre salud oral es un tema que actualmente está siendo desarrollado ya que se encontró algunas investigaciones en las que se demostraba que el juego es un medio de aprendizaje que desarrolla habilidades, brinda información y además de ello ayuda en la aprehensión de la misma, siendo sus mejores representantes investigaciones tratadas sobre una población de niños sin alteraciones. En su investigación Castillo aplica la intervención lúdica sobre 300 niños sanos obteniendo resultados significativos y positivos, sin embargo, observó los resultados en los dos grupos de niños (con/sin intervención) después de la aplicación de un solo juego, a diferencia del estudio en el que se realizó diversos juegos específicos para las áreas de salud oral en siete sesiones previamente preparadas.

Con respecto al cepillado dental, en las sesiones que se tuvieron para desarrollar la intervención educativa lúdica se enseñó a los niños la técnica adecuada del cepillado, sin embargo, en las evaluaciones solo se consideró el conocimiento sobre los momentos del cepillado, ya que la evaluación de una técnica debía realizarse por observación directa, objetivo no planteado en la investigación. La investigación de Reyes recolectó información mediante encuesta sobre la técnica del cepillado encontrando diferencias significativa en los resultados, de igual manera observo diferencias significativas en el conocimiento sobre enfermedad gingival aspecto no tratado en este estudio.

La investigación de Ferreyra obtuvo resultados muy favorables después de su intervención educativa en niños con habilidades especiales destacando que su post evaluación mediante el índice de higiene oral, es posible que tales resultados se debieron a la inclusión de los padres de familia dentro de las participaciones, al igual que en el estudio que realizó Belloso en la que se incluyó no solo a los padres de familia sino también a los maestros de los niños, para la supervisión continua de la higiene bucal, lo cual no impidió obtener resultados favorables. Además coincidiendo con el estudio de Belloso ambas investigaciones, establecen

el reforzamiento de los conocimientos y la motivación como ejes claves para la mejora de la salud bucal.

Como lo expone el estudio de León, los pacientes con algún tipo de discapacidad, en este caso con deficiencia auditiva necesitan que se tome mayor importancia a su estado de salud bucal, ya que aún en este nuevo milenio se comprueban muy pocas investigaciones de este tipo y eso redundaría en la falta de atención clínica de los mismos.

VI.- CONCLUSIONES:

- La intervención educativa lúdica produce un aumento en el nivel de conocimientos sobre salud bucal en pacientes escolares con deficiencia auditiva. Fue significativo en el área de aplicación de sellantes, conocimiento sobre flúor y los elementos que producen la caries dental.
- Antes de la aplicación educativa lúdica los escolares tuvieron un nivel de conocimientos de salud oral de regular a malo sobre las áreas de salud oral.
- Después de la aplicación educativa lúdica los escolares tuvieron un nivel de conocimientos de salud oral de regular a bueno sobre las áreas de salud oral.

VII.- RECOMENDACIONES:

Realizar otras investigaciones en las que además de incluir el tema de técnicas de higiene dental con la instrucción y supervisión debida, los refuerzos de los conocimientos también se realicen de manera constante en los centros educativos ya que es eso lo que finalmente desembocará en los cambios en la salud oral de estos pacientes.

Realizar en base a esta y las diversas investigaciones con pacientes con deficiencia auditiva un protocolo de atención clínica a los mismos, ya que ahora conocemos sus técnicas de comunicación, las técnicas de aprendizaje que utilizan además de las características bucales que presentan.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- **Dumont, Annie.** El logopeda y el niño sordo, Editorial Masson, 2º edición España 1999.
- 2.- **Silvestre Benach, Nuria.** Sordera comunicación y aprendizaje, Editorial Masson 1º edición España 1998.
- 3.- **Martín Cala, Francisco.** Intervención educativa en salud bucal dirigida a educandos de la escuela bolivariana primaria: "Pedro Maria Urena" 2006
- 4.- **OMS.** Manual informe técnico. Las enfermedades bucales constituyen problemas de salud mundial. Ginebra, 2004.
- 5.- **León Martinez, Nancy.** Experiencia de caries dental en niños con deficiencia auditiva en dos escuelas del área metropolitana de Caracas, Venezuela. Acta odontológica venezolana vol.41 Caracas, enero 2003.
- 6.- **Domínguez Mujica, Maria Eugenia.** Pide permiso mal educado, sobre una diferencia se cortesía entre sordos y oyentes. Universidad lo andes, año 6, nº 21, 2003, Pág. 19-25.
- 7.- **Álvarez Montero, Carmen.** Componente educativo-recreativo-asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en pre-escolares. Revista cubana de estomatología abril-junio 2006, Vol. 43, Nº 2.
- 8.- **Ferreira Amorim de Oliveira, Larissa.** Impacto de um programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais. odontología clínica-científica, Recife 3(3): 187-192.
- 9.- **Alves de Moraes Antonio Bento.** Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programa de asitencia odontopediatrica na primeira infancia. Pesquisa odontológica Bras., Vol. 14, nº 3 Pág. 287-293/ set 2000.

- 10.- **Limonta Vidal Elena, Araujo Heredia Teresita.** Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado MEDISAN 2000 4(3) Pág. 9-15.
- 11.- **Castillo Lizardo Juan Manuel.** El juego como alternativa para la enseñanza de conceptos básicos de salud. Revista Panamericana de salud 9(5), 2001.
- 12.- **Aldrete Rodríguez Guadalupe.** Promoción de la salud a través del teatro guiñol, revista de educación y desarrollo 7, octubre- diciembre del 2007.
- 13.- **Caldés Ruisánchez S.** Una intervención educativa en niños de doce años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco dental. Rev. Odontoestomatología 2005, 21-3: Pág. 149-157.
- 14.- **Belloso Nelsy.** Efectividad de los programas de educaron para la salud bucal en niño en edad escolar. Ensayo experimental. Acta Científica Venezolana, 50: 42-47, 1999.
- 15.- **Beltrán Tellez Yaima, Carcasés Obana Yanet.** Intervención educativa sobre salud bucal en escolares de 4to grado. Guantánamo, noviembre 2005-marzo 2006.
- 16.- **Cuenca Sala Emili.** Odontología preventiva y comunitaria, principio métodos y aplicaciones editorial Masson 2º edición España 1999.
- 17.- **Gómez Santos Gladis.** Educación para la salud dental. Gaceta dental (1997) Nº 80 Pág. 64-68.
- 18.- **Ayala de la Vega Gerardo.** Manual de promoción de la salud oral. Marzo 2005.
- 19.- **Alvarado Affantranger Julieta.** Ambientes de aprendizaje creativos y reflexivos, experiencias con alumnos hipoacusicos en el uso de la red escolar. México 1999-2000.

Anexos



Pre-test





Acechando tu boca!



Acechando tu boca!



Importancia de



los dientes

Importancia de



los dientes

DIETA



Los mercaderes!



PLACA BACTERIANA





Reconstruyenos!



a a r e - a c s F



- a s a - u d

CARIES DENTAL



CARIES DENTAL





El chuequito!



FLÚOR



Carrera de flúor



OHROTHCUSZOC



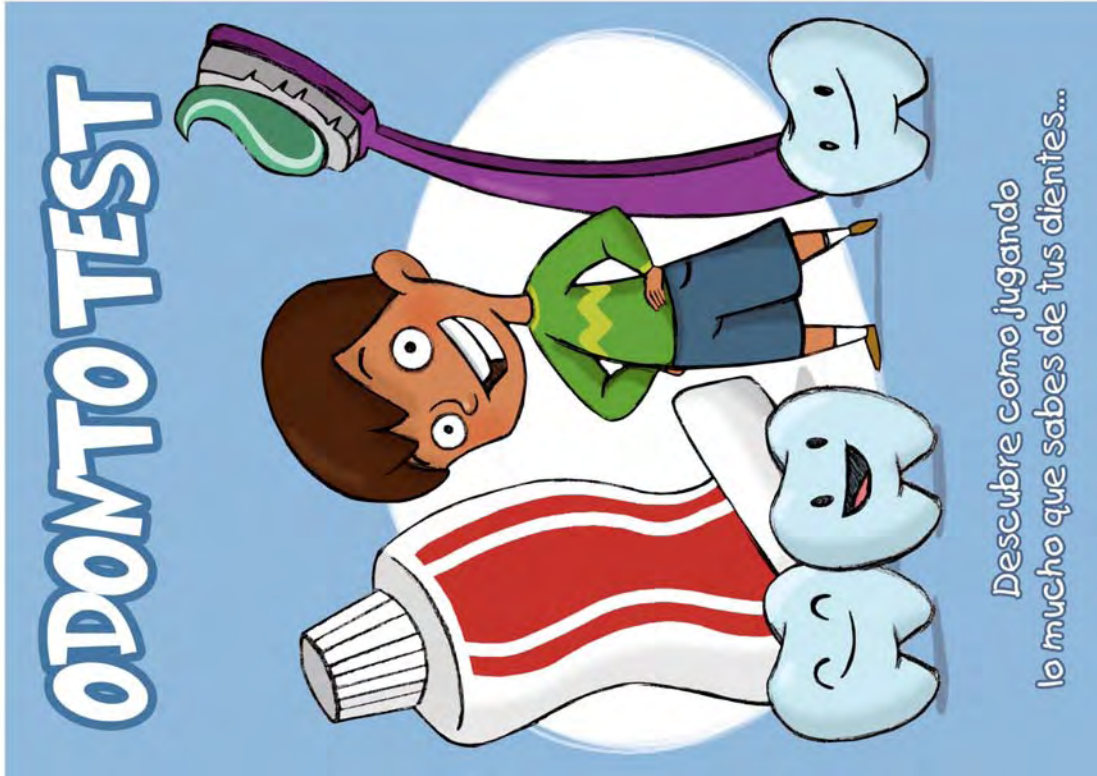
LA TAZA DE



Post-test



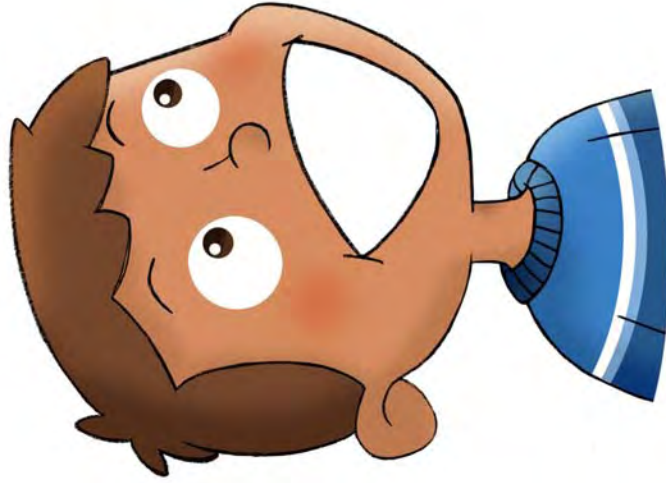
**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
DE DATOS
“ODONTO TEST”**



NOMBRE: _____
 APELLIDOS: _____
 AÑOS: _____ SEXO: Hombre ☐ Mujer ☐

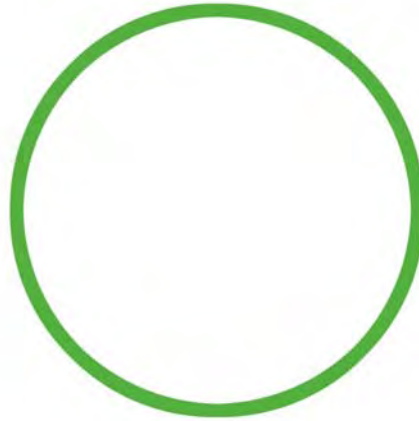
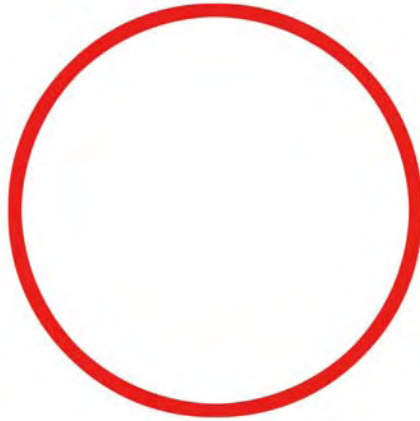
COMPLETADENT

- Dibuja los elementos que encuentras dentro de tu boca y colócalos en sus nombres.



DIBUJEMOS JUNTOS

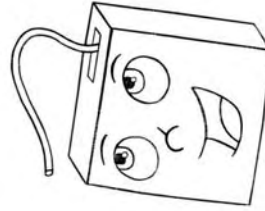
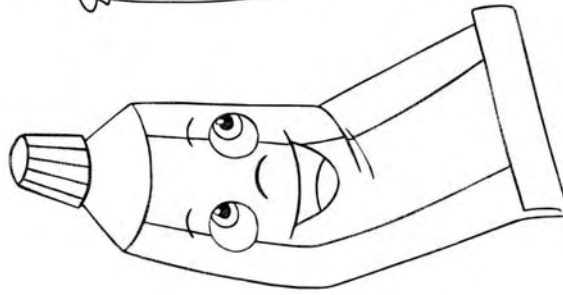
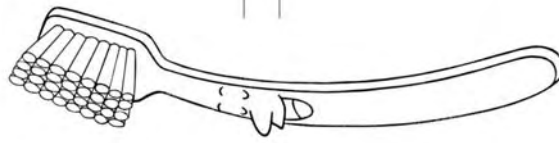
- Dibuja en el círculo rojo la comida mala que forma caries y en el verde la comida buena que no forma caries



4

COLOREANDO

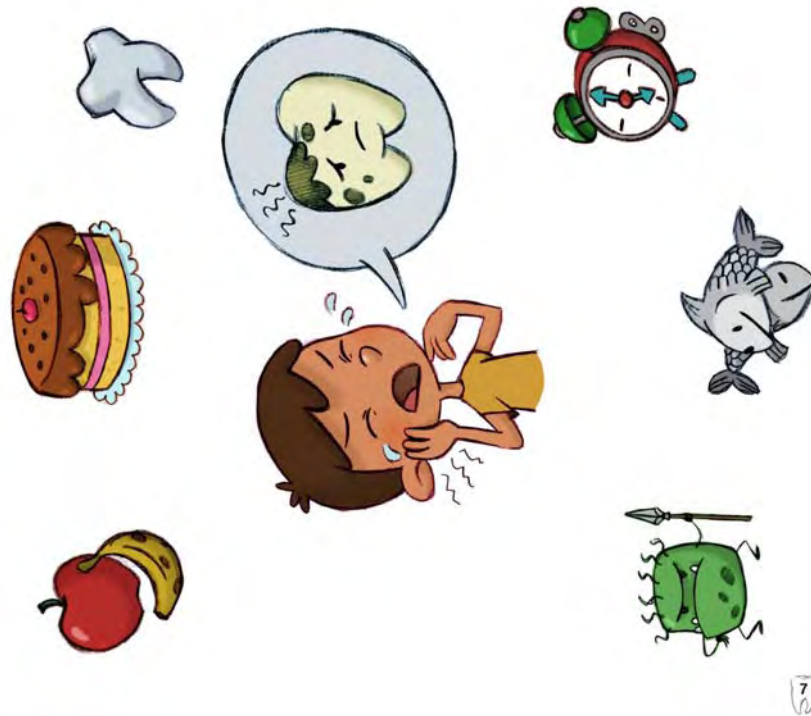
- Colorea los elementos básicos de la higiene bucal y coloca sus nombres.



5

UNE CON FLECHAS

- Une con una flecha los elementos que formen caries a los dientes de Pablito.



7

¿VERDAD O MENTIRA?

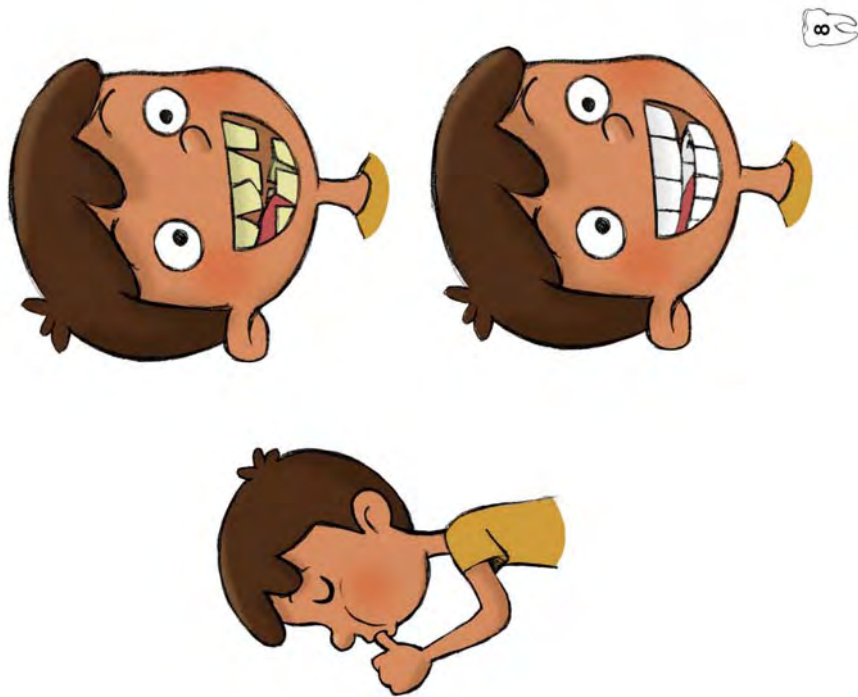
- Coloca verdadero o falso en las secuencias, de acuerdo a los momentos en que debes cepillar tus dientes.



6

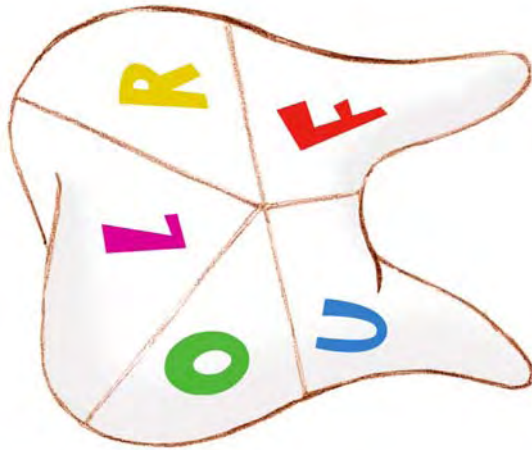
¿QUÉ PASA SI...?

- Observa a Pablito, y señala con una flecha que ocurrirá con sus dientes si se sigue chupando el dedo.



EMIGMA

- Ordena las letras, encuentra la palabra escondida y responde a la pregunta.



¿Para qué sirve?:



SELLANDO TUS DIENTES

- Observa las figuras y enumera del 1 al 4 los pasos que debes seguir para evitar que tus dientes enfermen de caries.



Colocar el sellante



Diente sano con surcos profundos



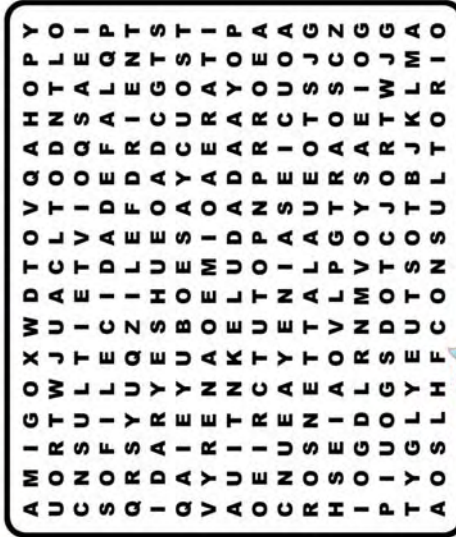
¡Diente protegido!



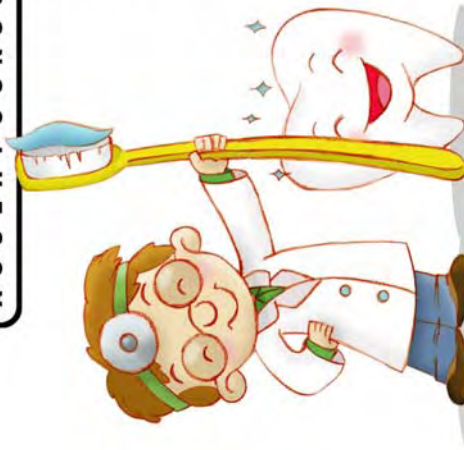
Pincelar con gel

SOPA DE LETRAS

- Encuentra las palabras escondidas en esta sopa de letras.



ODONTÓLOGO
AMIGO
CONSULTORIO
FELIZ
AYUDA
DIENTE
CURAR



ODONTO TEST



COORDINADORA CONTENIDOS
Helen Pinto Pazos



ILUSTRACIONES
Juan Manuel Montiel Rodríguez

